



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

52
2010

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“EVALUACION DE UN PROGRAMA ASISTENCIAL
DE UNA CLINICA DE DESARROLLO INFANTIL”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MA. GUADALUPE ESCOBAR CEDILLO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

		PAG.
INTRODUCCION.		
CAPITULO I.	Características y Desarrollo del Instituto Nacional de Salud Mental-DIF.	4
CAPITULO II.	La Atención del Lactante y Preescolar en el Instituto Nacional de Salud Mental.	13
CAPITULO III.	La Evaluación de Programas Preventivos en el Area de Desarrollo Infantil	18
CAPITULO IV.	Evaluación del Programa Clínica de Desarrollo Infantil.	
	Método.	
	- Planteamiento del Problema.	33
	- Indicadores.	34
	- Tipo de Investigación.	35
	- Muestra.	35
	- Escenario.	36
	- Instrumento.	36
	- Procedimiento.	37
	- Análisis de Resultados.	38
	- Discusión y Conclusiones.	131
	- Limitaciones.	149
	- Referencias Bibliográficas.	150

INTRODUCCION

El interés por abordar tanto el problema de las alteraciones de la salud mental infantil como su prevención, se refleja en la promoción que están realizando varios organismos internacionales. (2) La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), pugnan para que se incorpore dentro de los programas de atención primaria de la salud, la vigilancia sistemática y periódica del crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 6 años de edad.

La detección tardía de las alteraciones en el desarrollo del niño, afecta tanto al niño como a su familia, puesto que estas alteraciones pueden agravarse, complicarse o tornarse irreversibles. Por lo tanto, las posibilidades de recuperación del niño son mayores si se interviene oportunamente.

En nuestro país, la detección de las alteraciones que presenta el niño durante su desarrollo se realiza en forma tardía. Esto puede observarse en las instituciones de salud que brindan atención a la población infantil, (44) debido a que la mayor demanda de atención se encuentra en un rango de edad que oscila entre los 6 y los 12 años de edad. En la mayoría de los casos, la detección es realizada en las instituciones educativas en el momento en que el niño ingresa a la escuela.

Entre los factores que originan esta situación podemos encontrar la falta de información sobre como se generan los problemas, la manera en que pueden evitarse y sobre todo las acciones que pueden llevarse a cabo para su manejo inicial.

El Instituto Nacional de Salud Mental-DIF, al ser una institución especializada en la prevención, tratamiento, rehabilitación

e investigación de los problemas que afectan la salud mental en los niños, cuenta con diversos programas de atención a la comunidad, tanto de prevención como de tratamiento, aunque le dá prioridad a los programas preventivos, con el objetivo de que cada día se sumen más esfuerzos de la población para llevar a cabo una detección oportuna.

Uno de los programas preventivos con los que cuenta la institución, está dirigido precisamente a la población de 0 a 5 años de edad que presenta alteraciones en su desarrollo. A este programa se le denomina Clínica de Desarrollo Infantil (C.D.I.). Dicho programa tiene como objetivo: "Establecer normas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan alteraciones en el desarrollo en niños desde su nacimiento hasta los 5 años, a través de la investigación de dichos factores, con el objeto de promover y fomentar la docencia a todos los niveles que abarca el problema".

Este programa está en operación desde 1982, pero no se ha realizado una evaluación del mismo. En 1987 se llevó a cabo una revisión de los expedientes de los pacientes que habían sido atendidos, en el período comprendido de 1982 a 1986, con el propósito de conocer el avance de los mismos, pero ésto no fué posible porque en la mayoría de los casos, de acuerdo a la información del expediente, el paciente había dejado de asistir al tratamiento. Por otra parte, en el trabajo asistencial diario, se observa gran inconstancia de los padres de los pacientes en el tratamiento, así como la suspensión del mismo en forma frecuente, lo cual limita las acciones de asistencia e investigación al no poder llevar a cabo el seguimiento de la evolución de los pacientes.

El propósito de esta tesis es, por lo tanto, el realizar la evaluación del Programa Clínica de Desarrollo Infantil,

para conocer la efectividad del mismo, en la atención de niños - que presentan alteraciones en su desarrollo, con el fin de contribuir a la toma de decisiones acerca de las modificaciones del mismo, para así poder tener acciones más eficaces que permitan enfrentar las necesidades sociales.

El contenido de la presente tesis¹ se estructura en cuatro capítulos. En el primero, se explica la función del Instituto - Nacional de Salud Mental-DIF. En el segundo, se describe la manera en que se aborda el problema de las alteraciones de la salud mental infantil en la población de 0 a 5 años que asiste a esta institución (Programa C.D.I.). En el capítulo tercero, se enfatiza la necesidad de contar con programas de prevención para la - población infantil y la importancia de la evaluación de los mismos. Finalmente, en el capítulo cuarto, se muestra el método utilizado para evaluar el programa, el análisis de los resultados y las conclusiones que se obtuvieron así como las sugerencias que se derivan de la investigación realizada.

CAPITULO I.

CARACTERISTICAS Y DESARROLLO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL - DIF.

El Instituto Nacional de Salud Mental fué inaugurado el 16 - de mayo de 1979 y su creación respondió a la necesidad de promover la investigación científica en el campo de la salud mental de los niños en México. El deseo de su fundador, el Dr. Jorge Velasco Alzaga, era crear un instituto que atendiera los problemas que de algún modo alteran la salud mental de la población, en especial de su parte más vulnerable: la niñez.

Durante el lapso de 1979 a 1985 el instituto funcionó como - un centro asistencial, a pesar de que su diseño original estaba - dirigido a la investigación. Es por ello, que a partir de noviembre de 1985 se inicia su proceso de transformación para fungir - como un instituto de investigación, acatando así lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud.

El Instituto Nacional de Salud Mental depende de la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a partir de 1990 se encuentra ubicado en el - Programa de Asistencia a Minusválidos, dentro de dos subprogramas: Atención de la Invalidez e Investigación y Formación de Recursos Humanos para la Salud Mental.

Considerando la finalidad de los dos subprogramas el objetivo fundamental del Instituto es: "Diseñar, instrumentar, realizar y evaluar programas de investigación científica y desarrollar la tecnología apropiada, a fin de calificar y cuantificar los problemas que afectan la salud mental de la población, primordialmente niños y adolescentes, así como sentar las bases para su manejo y tratamiento adecuados y oportunos, fundamentalmente para la prevención de los mismos".

Para poder llevar a cabo este objetivo el Instituto se estructuró para su funcionamiento en una Dirección General, una Subdirección, una Unidad Administrativa y tres departamentos: Investigación, Enseñanza y Consulta Externa. (15)

El Departamento de Investigación es el encargado de supervisar y evaluar el desarrollo de los programas de investigación del Instituto, así como de proporcionar la asesoría necesaria y difundir los resultados de las acciones de investigación. También participa en el proceso de formación de investigadores. Este departamento está integrado por cuatro programas: El Programa de Neurociencias, el Programa de Psiquiatría, el Programa de Pediatría y el Programa de Investigación Coordinada de Apoyo Intrainstitucional y de Colaboración Interinstitucional.

Las líneas de investigación que norman las actividades del Instituto son: Investigación Clínica, Investigación Sociomédica, Investigación Psicosocial e Investigación Biomédica. Para 1990 el Departamento cuenta con una estructura programática de 51 protocolos de investigación, dentro de los cuales, se consideran los trabajos que con más frecuencia son motivo de consulta al Instituto.

El Departamento de Enseñanza realiza acciones de apoyo a la investigación y a la consulta externa. Este departamento tiene a su cargo programas de Formación de Recursos Humanos para la Salud Mental y de Educación a la Comunidad, a través de la Escuela de Padres y una variedad de cursos de orientación, tales como, Desarrollo Infantil, Adolescencia, Prevención de la Farmacodependencia, los problemas de salud mental más frecuentes abordando su manejo y prevención. En el rubro de educación continua y capacitación al personal del Instituto, el Departamento de Enseñanza organiza cursos para cada uno de sus programas y calendariza las sesiones bibliográficas, clínicas, de investigación y generales que se

DIF

DIRECCION GENERAL

OTRAS DEPENDENCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

OTRAS DEPENDENCIAS

AUDITORIA

DIRECCION

CONSEJO CONSULTIVO

SUBDIRECCION

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

UNIDAD ADMINISTRATIVA

PROYECTOS DE INVESTIGACION Y SERVICIOS

llevan a cabo cada semana. La participación de los profesionistas es continua tanto intra como extramuros.

El Departamento de Consulta Externa proporciona atención a los pacientes a través de evaluación, estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud física y mental. La evaluación se complementa con estudios de laboratorio y gabinete (Rayos X, electroencefalograma, potenciales evocados) que representan acciones de apoyo. Los tratamientos se realizan de acuerdo - al caso específico, actualmente se realiza: psicoterapia individual, psicoterapia grupal, farmacoterapia. Se han establecido - "clínicas" en las que se trabaja en conjunto con otros especialistas, llevando a cabo un trabajo interdisciplinario con un enfoque integral que brinda mayor beneficio a la población demandante.

Las acciones de consulta externa se agrupan en ocho rubros: consulta neurológica, consulta psiquiátrica, consulta pediátrica, consulta psicológica, consulta estomatológica, prevención de la farmacodependencia y problemas de aprendizaje.

Las actividades del Departamento de Consulta Externa se realizan en dos horarios de trabajo, matutino y desde enero de 1988 vespertino.

La organización de las actividades de estos tres departamentos permite que se complementen y apoyen mutuamente. El Departamento de Enseñanza apoya en la formación de recursos humanos para la asistencia e investigación, el de Consulta Externa satisface la demanda de atención y apoya la investigación clínica y el de investigación se nutre de los anteriores. Los proyectos de - investigación generados en dichos departamentos permiten aclarar dudas y comprobar hipótesis referentes a los problemas prioritarios de salud mental, al igual que permiten evaluar y corregir - los problemas existentes.

ACCIONES.

Entre las acciones del Instituto Nacional de Salud Mental - para la atención del niño, en los distintos departamentos se encuentran las siguientes:

Asistencia:

1. Evaluación integral del niño y su familia.
2. Tratamiento en estimulación temprana.
3. Tratamiento de trastornos emocionales.
 - Psicoterapia individual.
 - Psicoterapia grupal.
 - Psicoterapia familiar.
 - Psicofarmacológico.
4. Tratamiento de trastornos neurológicos.
5. Tratamiento de trastornos de aprendizaje.
6. Apoyo y evaluación pediátrica.
7. Orientación familiar.
8. Vigilancia estomatológica.

Enseñanza:

1. Formación de recursos humanos para la salud mental de niños, adolescentes y familias.
2. Escuela para padres.
3. Cursos de orientación sobre temas específicos, en relación a la salud mental del niño y su desarrollo (el niño pre-escolar, el escolar, el adolescente).
4. Capacitación a personal profesional en la comunidad, para detección de problemas de salud mental (centros comunitarios, escuelas e instituciones).

Investigación:

1. Prevención del maltrato al menor.
2. Perfil biopsicosocial de menores asilados y perfil de las niñas en las casas hogar del DIF.
3. Proyectos sobre la prevención de la farmacodependencia.
4. Perfil psicosocial de las familias en la Delegación Magdalena Contreras.
5. Proyectos sobre niños con problemas de aprendizaje.
6. Investigación sobre autismo.
7. Estudio de reiterancia de menores infractores.
8. Otras investigaciones sobre trastornos en la infancia.

ANALISIS.

Los problemas de salud mental, principalmente en sus aspectos preventivos, han sido postergados e ignorados, por considerar otros problemas de salud pública como más importantes. Se le ha dado prioridad a las enfermedades transmisibles, la desnutrición, las intoxicaciones, o al control de la natalidad, sin tomar en cuenta que la salud mental es parte de la salud integral y por lo tanto es tan importante como cualquier otro problema de salud pública debiendo formar parte inseparable e integrante de la práctica de la misma.

En un país como México con una alta tasa de natalidad y con una población cuya mayor parte está formada por niños y jóvenes, el aspecto de prevención, en el área de la salud mental, cobra relevancia, puesto que las etapas tempranas del desarrollo del

individuo son las más vulnerables a la acción adversa de factores causales de enfermedad mental, como son la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, el alto índice de madres solteras, la desintegración familiar, el alcoholismo, la farmacodependencia y la violencia. A pesar de que en 1983 la Ley General de Salud, ⁽³³⁾ establece el derecho de toda persona a recibir asistencia social, atención médica y a participar de los beneficios de la salud pública, los factores socioculturales y económicos antes mencionados se multiplican día a día causando en ocasiones daños irreversibles en la salud mental de la población infantil.

En el INSaMe-DIF, como integrante de la Salud Pública, se considera que la asistencia social se refiere al "conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección y desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva", de ahí que la atención médica se organice en un conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, involucrando actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Las actividades preventivas incluyen actividades de promoción general y de protección específica; las acciones curativas tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y propiciar un tratamiento oportuno; las actividades de rehabilitación incluyen acciones tendientes a prevenir, limitar y corregir la invalidez física y mental.

En general los servicios de salud pública, y por lo tanto el INSaMe, se orientan básicamente a la prevención y control de padecimientos transmisibles y no transmisibles, a la vigilancia e investigación epidemiológica, a la educación para la salud, a la nutrición, a la planificación familiar, a la vigilancia y control

sanitario, al saneamiento básico y a la prevención y mejoramiento de la calidad del ambiente.

En resumen, tanto la asistencia social como la atención médica y la salud pública plantean la prevención como estrategia para la consecución de sus acciones, sin embargo, a pesar de sus planteamientos en la práctica, el nivel preventivo no se realiza, ya que sus programas están diseñados en un plano administrativo y por lo tanto desfasados de las necesidades sociales, además son pocas las investigaciones de campo que se realizan, razón por la cual las acciones se han concentrado principalmente en el nivel curativo.

Lo anterior muestra que se requiere promover acciones de educación para la salud en planteles educativos, centros laborales y comunidades, a través de la capacitación de paraprofesionales, por aquellos estudiantes que como parte de su servicio social de licenciatura, brinden esta capacitación. Otras acciones podrían ser, por un lado la actualización del personal a cargo de los servicios de salud por parte del personal académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante convenios institucionales, y por otro, el promover la investigación para poder actuar en el nivel preventivo, siendo ésta última, quizás la más importante.

De acuerdo a la Antología de la Planeación en México 1917-1985, los principales problemas de la asistencia social se concentran en los siguientes aspectos:

1. El desarrollo desigual que caracteriza a los países en proceso de crecimiento provoca la formación de grupos sociales marginados que no pueden alcanzar niveles de vida adecuados.

2. La aguda escases de recursos y el estancamiento económico de los últimos años. Constituyen factores adversos que se acentúan por el aumento constante de población demandante de recursos y satisfactores.
3. Los servicios de asistencia social todavía son insuficientes debido a la carencia de recursos financieros, físicos y humanos.
4. Entre las instituciones prevalecen diferencias en lo que toca a la cantidad y calidad de los recursos y servicios asistenciales, así como respecto a los criterios para administrarlos.
5. Se carece de una normatividad idónea en lo jurídico, operativo, organizativo y de funcionamiento que permita, tanto en el sector público como en el social y el privado, tener una instrumentación eficiente de la política de asistencia social.
6. El énfasis de las acciones asistenciales tiende a dar respuesta a los problemas resultantes de la marginación, más que a sus factores causales.
7. La falta de recursos humanos capacitados es especialmente aguda en lo referente a la atención de niños y ancianos.

Lo importante de detectar los problemas es plantear alternativas. Por consiguiente, a través de su labor, el Instituto Nacional de Salud Mental, trata de contribuir al planteamiento de soluciones a los problemas emocionales y del desarrollo. Como resultado de su reestructuración, a partir de 1986, el Instituto funge como un instituto de investigación, apoyando su reestructuración en los siguientes ordenamientos:

- A) "Impulsar la investigación que realicen las instituciones -
públicas o privadas, dirigida a la población de los proble-
mas fundamentales de salud..."

Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, pp.247.

- B) "La investigación para la salud comprende la realización de
acciones que permitan conocer los procesos biológicos y psi-
cológicos, los vínculos entre las causas de la enfermedad,
la práctica médica, la estructura social y los efectos noci-
vos del medio ambiente en la salud, así como el estudio y -
desarrollo de técnicas y métodos, para la prestación de los
servicios y la producción de insumos".

Programa Nacional de Salud (Diario Oficial del 23-VIII-1984)
en el capítulo 15; Programas de Apoyo, inciso 15.1 Programa
de Investigación en Salud (pp. 33).

- C) "Promover y desarrollar investigaciones que permitan ampliar
el conocimiento sobre los factores que afectan la salud -
mental, las causas de las alteraciones de la conducta y los
métodos de prevención, tratamiento y control de las enferme-
dades mentales".

Programa Nacional de Salud en el capítulo 9: Programa de -
Acción, en el Subcapítulo 9.3 "Programa de Salud Mental" -
(pp.26).

Algunas de las contribuciones generadas en el Instituto Na-
cional de Salud Mental, para la asistencia a menores, se abordan
en el siguiente capítulo.

- A) "Impulsar la investigación que realicen las instituciones -
públicas o privadas, dirigida a la población de los proble-
mas fundamentales de salud..."

Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, pp.247.

- B) "La investigación para la salud comprende la realización de
acciones que permitan conocer los procesos biológicos y psi-
cológicos, los vínculos entre las causas de la enfermedad,
la práctica médica, la estructura social y los efectos noci-
vos del medio ambiente en la salud, así como el estudio y -
desarrollo de técnicas y métodos, para la prestación de los
servicios y la producción de insumos".

Programa Nacional de Salud (Diario Oficial del 23-VIII-1984)
en el capítulo 15; Programas de Apoyo, inciso 15.1 Programa
de Investigación en Salud (pp. 33).

- C) "Promover y desarrollar investigaciones que permitan ampliar
el conocimiento sobre los factores que afectan la salud -
mental, las causas de las alteraciones de la conducta y los
métodos de prevención, tratamiento y control de las enferme-
dades mentales".

Programa Nacional de Salud en el capítulo 9: Programa de -
Acción, en el Subcapítulo 9.3 "Programa de Salud Mental" -
(pp.26).

Algunas de las contribuciones generadas en el Instituto Na-
cional de Salud Mental, para la asistencia a menores, se abordan
en el siguiente capítulo.

CAPITULO II.

LA ATENCION DEL LACTANTE Y PREESCOLAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL.

La Clínica de Desarrollo Infantil depende del Programa de - Psicología del Instituto Nacional de Salud Mental-DIF y surge en 1982 con el propósito de promover la investigación en el área de Desarrollo Infantil a través de desarrollar acciones enfocadas a la prevención en sus tres niveles de intervención: ⁽³¹⁾ Prevenir un problema específico (prevención primaria), tratar al niño - para evitar un daño potencial (prevención secundaria) y buscar - la rehabilitación del niño afectado por el daño (prevención terciaria).

Esta Clínica proporciona atención a niños de 0 a 5 años de edad que presentan alguna alteración o riesgo de padecerla durante su desarrollo. Sus funciones son las de detección, prevención e intervención.

En el Programa Clínica de Desarrollo Infantil están organizadas las actividades asistenciales que comprenden las funciones antes mencionadas. El fundamento teórico en el cual se basa este programa es el enfoque conductual y a partir de éste se consideran cinco etapas en la atención del niño: 1) Evaluación Conductual Inicial, 2) Estrategias de Intervención, 3) Tratamiento, - 4) Evaluación Conductual Final y 5) Seguimiento. (Ver Anexo 1).

De acuerdo a la orientación conductual, ⁽³⁰⁾ los trastornos psicológicos en la infancia son formas de conducta que han sido adquiridas o modificadas mediante la operación de los principios psicológicos del desarrollo, aprendizaje, percepción, cognición e interacción social, y la aplicación de estos principios puede utilizarse para producir el cambio terapéutico.

Así mismo, Bijou y Ribes (1978), proponen un modelo de deficiencia de la conducta para la conducta anómala, según el cual, los problemas conductuales de los niños se interpretan como deficiencias en materia de destrezas esenciales que son resultado de historias insatisfactorias de reforzamiento y enseñanza y no se deben atribuir a una hipotética psicopatología interna. Por lo tanto, los programas de tratamiento fundados en este modelo tienen como objeto establecer las aptitudes conductuales importantes que el niño no ha aprendido.

De acuerdo a lo anterior, a todos los pacientes de 0 a 5 años que acuden a la Clínica de Desarrollo Infantil, se les realiza una historia de desarrollo, una evaluación conductual, una evaluación con una escala de desarrollo o una escala de inteligencia, según lo requiera el caso, y se les proporciona tratamiento en estimulación temprana y/o técnicas de modificación de conducta de acuerdo al déficit o alteración que presenten. Todos los pacientes reciben atención pediátrica y en algunos casos atención neurológica o psiquiátrica, pero el tratamiento de estos pacientes, está principalmente, a cargo del psicólogo.

A este respecto, es necesario señalar que para poder realizar un trabajo eficaz con niños, especialmente cuando se estudian las desviaciones respecto del desarrollo normal, un requisito fundamental es la comprensión del desarrollo infantil y del sistema de referencia conceptual a través del cual se abordará dicho estudio.

Dentro del marco de la orientación conductual, ⁽⁴⁾ se entiende por desarrollo psicológico: "los cambios progresivos de la forma en que la conducta de un organismo obra reciprocamente con el ambiente. Interacción entre conducta y ambiente significa simplemente que puede preverse que ocurra o no una respuesta dada, según cual sea la estimulación que proporcione el ambiente".

A partir de esta concepción, Kantor (1933), identifica - tres etapas principales en el desarrollo psicológico, en términos de los tipos principales de interacciones que se verifican en éstas:

La Etapa Fundamental empieza en algún momento antes del - nacimiento, en el momento que el organismo es capaz de conducirse como un sistema unificado, y continúa hasta una parte del - período llamado comunmente infancia. Este período fundamental - se caracteriza principalmente por conducta respondiente (refleja), por movimientos sin coordinación, al azar, y por conducta exploratoria (ecológica). La última que se inicia después de - que los movimientos al azar se han coordinado de algún modo, es la primera fase de la conducta operante.

La Etapa Básica empieza al final de la infancia, y se proyecta dentro de la niñez, se describe como el período en el que los contactos con el medio están relativamente libres de limitaciones orgánicas, tales como una deficiencia del equipo personal básico, bajo nivel de energía, necesidad de largas horas de sueño o descanso. La interacción durante este período construye repertorios característicos del individuo particular.

La Etapa Social o Cultural principia cuando el niño comienza a tener contactos frecuentes con individuos en grupos aparte de la familia (escuela, iglesia, vecindad), y continúa a través de los años adultos. Es identificada como constituida por "condiciones íntimas interpersonales y de grupo".

En conclusión, bajo este sistema conceptual, se considera - que el desarrollo psicológico del niño está constituido de cambios progresivos en las diferentes maneras de interactuar en el medio, este desarrollo progresivo va a depender de las oportuni-

dades que proporcione el medio, de tal manera que la influencia de estas experiencias puedan analizarse en sus dimensiones ffsi cas y funcionales.

La efectividad de las técnicas conductuales para atender - cierto tipo de problemas de salud y educación, incluyendo el - desarrollo infantil, se ha mostrado en reportes de trabajo e - investigaciones realizadas. (5-13-38) Su utilización para el tra - tamiento de los trastornos conductuales en los niños, se ha ex - tendido a un número cada vez mayor de problemas, como la enure - sis, miedos, desviaciones sexuales, ansiedad, tics, hasta res - puestas múltiples que incluyen excesos, déficits o conductas - desviadas como el autismo y la delincuencia. Corsini (1985), - hace referencia a la efectividad de la aproximación conductual en el mejoramiento de desempeño en los niños.

Cabe mencionar que en algunas investigaciones que se han realizado, se ha observado que el entrenamiento a padres para - tratar los problemas conductuales de sus hijos, es efectivo. (Johnson y Katz, 1973; Moreland, 1982); pero otras investigacio - nes han concluido que el entrenamiento a padres para tratar los problemas conductuales de sus hijos, no siempre es un tratamien - to efectivo, además de que, los efectos duraderos de estos pro - gramas no se pueden garantizar para todos los padres. (Forehand, 1979; Johnson y Christensen, 1975; Wahler, 1980).

Dadas las condiciones institucionales así como la efectiv idad que han mostrado las técnicas conductuales para el trata - miento de los déficits o alteraciones conductuales en los niños y para entrenar a los padres para tratar los problemas conduc - tuales de sus hijos, el Programa Clínica de Desarrollo Infantil parte del enfoque conductual.

Al tomar en cuenta estas consideraciones, surge el interés de evaluar la efectividad de este programa, ya que como se mencionó anteriormente, en el trabajo asistencial diario se observa gran inconstancia de los padres de los pacientes en el tratamiento, así como la suspensión del mismo en forma frecuente, lo cual limita las acciones de asistencia e investigación por no poder llevar a cabo el seguimiento de la evolución de los pacientes.

CAPITULO III.

LA EVALUACION DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN EL AREA DE DESARROLLO INFANTIL.

"Para la familia, para la comunidad y para el desarrollo económico del país, será de gran trascendencia el establecimiento de mecanismos que no solo proporcionen la más inmediata y oportuna reparación de salud dañada, sino fundamentalmente su preservación". (1)

Estas frases resaltan la necesidad de promover las acciones de prevención en el campo de la salud, dado que el costo de la acción preventiva es menor y de mayor trascendencia que la reparación del daño.

La Organización Mundial de la Salud (1977), considera que las operaciones de prevención primaria en el campo de la salud mental, en lo que se refiere a los componentes psicosociales de los desordenes y desviaciones, tienen esencialmente un carácter educativo, por lo que es necesario educar en los principios de la salud mental y en el reconocimiento oportuno de esos desordenes y desviaciones, a las personas que tienen trato directo con los niños y con sus padres.

En México, desafortunadamente, el modelo de atención a la salud está dirigido al control y cura de la enfermedad, en lugar de enfocarse a la preservación de la salud, lo cual es una expresión de la relativa carencia de interés que han mostrado los sistemas políticos y sociales en la creación de condiciones que contribuyan a la prevención de la enfermedad.

El proceso salud-enfermedad está determinado por la organización social y productiva en general, lo cual puede ser claramente observado en las zonas urbanas, en donde los procesos de

industrialización generan la inmigración desordenada de gente del campo, provocando con esto serios problemas de desempleo, vivienda, alimentación, transporte, contaminación, falta de servicios médicos, de protección y recreación, lo cual favorece la presentación de enfermedades infecciosas, mayores índices de morbilidad y mortalidad, problemas nutricionales, así como mayores estados de tensión y deterioro de la salud mental de la población.

A este respecto, es necesario señalar que la salud mental se conceptualiza como: "el equilibrio dinámico entre el individuo y su ambiente, que le permite desarrollar su potencial biológico, psicológico y social, en beneficio de sus semejantes y de sí mismo". (39)

De tal forma que los factores antes mencionados que conforman la llamada "patología urbana"⁽²⁹⁾ pueden alterar la salud mental del individuo, generando la creación de experiencias emocionalmente negativas que influyen en la relación de pareja y en la convivencia familiar, procreándose hijos con menores posibilidades para un desarrollo normal.

Wallon (1971), menciona que las relaciones del niño con su medio familiar forman parte de su propia identidad personal y que la gravedad de las impresiones que el niño experimente en la familia, puede imponer a sus sentimientos y a su comportamiento una orientación duradera.

Así mismo, Ramón de la Fuente (1980), señala que las experiencias del niño en el seno de la familia, son decisivas en el desarrollo de su personalidad y que, cuando son adversas, juegan un papel de importancia variable en la iniciación, curso y evolución de los desordenes de la salud mental del niño.

Se ha observado también, que los problemas de conducta y el espasmo del sollozo, son favorecidos por problemas conyugales de los padres o dificultad de los mismos en la crianza del niño. (Kreisler, 1974; Lewis, 1980).

Existen diversos estudios efectuados en nuestro país, (11) acerca de los factores socioculturales y económicos que favorecen la presentación de alteraciones en la salud mental de los niños, entre estos factores se han identificado: la pobreza, - el hacinamiento e insalubridad, la desnutrición de primero y - segundo grado en el 70% de la población infantil, el analfabetismo en cerca del 25% de la población mayor de 15 años, el - alto índice de crecimiento demográfico, la ausencia del padre en la tercera parte de las familias y la alta incidencia de - violencia y alcoholismo.

A pesar de los conocimientos que se tienen acerca de los factores que pueden perturbar definitivamente la salud mental de los niños, no hay evidencia de que se realice un esfuerzo - sistemático, organizado y de gran amplitud, dirigido a la prevención de las alteraciones de la salud mental en los niños.

Las instituciones del Sector Salud que brindan asistencia en problemas de salud mental para la población infantil, (37) - no cuentan con información disponible acerca de los programas de atención, la orientación en que se basan y los resultados - obtenidos.

Maier (1984), define la función asistencial como: "Una - serie de actividades de intervención organizadas socialmente, en el curso de las cuales el profesional introduce de modo deliberado, en la experiencia de un individuo, medios estructurados en forma específica para impedir o tratar el desarrollo - desviado. Estas actividades abarcan los procesos de diagnóstico

y tratamiento, de observación y relación, de empatía y juicio racional, todos los cuales se proponen crear en el paciente la capacidad de modificar una parte de su situación personal".

Por otra parte, en los Centros de Salud Mental para niños y adolescentes en el Valle de México⁽⁴⁵⁾, no se aprovechan en forma adecuada los recursos humanos con los que cuentan y los servicios que ofrecen, no se complementan con programas que incidan directamente en el medio ambiente de los pacientes. Esta situación puede estar relacionada con la dificultad en la comunicación entre las distintas disciplinas así como la competencia entre las mismas, lo cual ocasiona que se aborde al paciente de manera fragmentaria.

A este respecto, Wallon⁽⁴²⁾ señaló: "el estudio del niño debe realizarse a través de una psicología interdisciplinaria que integre los aspectos biológico y social, afectivo y cognoscitivo".

Así mismo, Piaget⁽²⁷⁾ mencionó la importancia y necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria. Piaget define la Interdisciplina como: "la cooperación entre distintas disciplinas o sectores de una ciencia que llevan a una reciprosidad de intercambios, teniendo como resultado un enriquecimiento mutuo".

De lo antes expuesto, se deriva la necesidad de promover la creación y evaluación de programas preventivos para la población infantil, dentro de la organización de los servicios en las instituciones del Sector Salud, encaminados a fomentar la salud a través de reducir la incidencia en la aparición de enfermedades y propiciar la detección y el diagnóstico oportuno de las alteraciones que se presentan durante el desarrollo del niño.

EVALUACION DE PROGRAMAS.

Harrsch (1983), reporta que algunas de las funciones propias del psicólogo clínico son las de identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental, también incluye en estas funciones el evaluar programas dirigidos a la asistencia y prevención de problemas psicológicos y por lo tanto, enfatiza la importancia de que el psicólogo cuente con herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas que brinden soluciones y cambios conductuales.

Desafortunadamente en el trabajo profesional del psicólogo clínico, la actividad de evaluar programas dirigidos a la asistencia y prevención, no es una actividad frecuente. Esta situación se relaciona con dos hechos: Primero, en las instituciones de servicio gubernamentales debido a los frecuentes cambios en los cargos administrativos, no es posible llevar a cabo una continuidad en el trabajo y por lo tanto los programas iniciados en una administración son suspendidos o sustituidos por otros. En el caso de que se continúen y no logren alcanzar sus metas, no se evalúan ya que de todos modos a las instituciones se les continúa brindando partidas de presupuesto. Otras causas para que no se realice la evaluación de programas en las instituciones son la ausencia de programas estructurados, la falta de datos precisos o el que se afecten los intereses de las personas involucradas en los mismos. Segundo, al psicólogo clínico en su formación académica no se le capacita para realizar esta clase de actividad y aunque en su trabajo profesional exista la necesidad de llevar a cabo la evaluación de programas, no cuenta con las herramientas para poder realizarla.

La falta de interés en la actividad de evaluación de programas también puede ser observado en las tesis que se han realizado en la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde únicamente en los dos últimos años ha sido posible encontrar dos tesis sobre evaluación de programas dirigidos a la asistencia y prevención.

TESIS SOBRE EVALUACION DE PROGRAMAS
DIRIGIDOS A LA ASISTENCIA Y PREVENCION

AUTOR	AÑO	TEMA	MUESTRA	INSTRUMENTO
Del Olmo, D.L.	1990	"Análisis del Trabajo Preventivo de una Institución Nacional Educativa."	90 casos	Lista de Cotejo de reactivos cerrados de opción fija.
Mendez, C.A. y Romero, O.I.	1991	"Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes."	20 casos	Programa propuesto, cuestionarios y registros de evaluación.

En la tesis de Del Olmo, A.D. (1990), se llevó a cabo la - evaluación del Programa de Atención Preventiva de Educación - Preescolar de la S.E.P. El propósito de esta investigación fue: "Determinar si existía alguna relación entre las condiciones económicas y familiares y la asistencia al servicio de los preescolares que presentan alteraciones leves en el desarrollo; la efectividad del Programa de Atención Preventiva de Educación Preescolar y el que los padres hayan logrado un cambio de actitud mediante la acción preventiva".

Al revisar esta tesis se observa que no se realizó propiamente una evaluación del programa, sino más bien se evaluaron - las características de una muestra de la población que asistió al servicio, la cual estuvo conformada por 6 grupos de niños, 5 grupos que asistieron a 5 subprogramas, cada uno de los subprogramas con una modalidad de intervención y un grupo conformado con niños que habían desertado de los 5 subprogramas. Las características evaluadas de los 90 casos estudiados fueron: nivel socioeconómico, características familiares, asistencia - al servicio, éxito de la atención y logros preventivos. Las modalidades de intervención en cada uno de los subprogramas fueron: Terapia en Grupo Permanente de Estimulación Múltiple, Terapia en Grupo Interdisciplinario, Terapia Complementaria de el Area de Psicología, Terapia Complementaria de el Area de Psiccomotricidad y Terapia Complementaria de el Area de Lenguaje. La información fué recabada de los expedientes del archivo del Centro de Atención Preventiva de Educación Preescolar, a través de una Lista de Cotejo de reactivos cerrados de opción fija, instrumento que no fué anexado a la tesis.

En las conclusiones de esta investigación se señala: "independientemente del nivel económico y las características familiares, para tener éxito en el tratamiento lo importante es - asistir al servicio y es independiente que al asistir a éste -

y sea exitoso el tratamiento de tipo correctivo, se logren alcanzar metas en lo preventivo".

En relación al trabajo de tesis de Del Olmo, A.D., cabe hacer las siguientes consideraciones: Como anteriormente se señaló, el Programa de Atención Preventiva de Educación Preescolar no - fue evaluado y tampoco se evaluaron los subprogramas del mismo y por lo tanto no es posible determinar su efectividad, además no se tomó en cuenta que cada una de las modalidades de intervención utilizadas pudo tener un impacto determinado en los usuarios del programa. Por otra parte no es posible determinar si - existe alguna relación entre las condiciones económicas y familiares y la asistencia al servicio de los preescolares, ya que - las características que se tomaron en cuenta para evaluar las - condiciones económicas y familiares son demasiado generales y no están sustentadas en el marco teórico, así mismo, los expedientes como instrumento de evaluación no son muy confiables porque frecuentemente contienen información inexacta. De acuerdo a estas consideraciones se concluye que el propósito de esta investigación no se cumplió.

Otra de las tesis revisadas que se refiere a la evaluación de programas dirigidos a la asistencia y prevención, es la elaborada por Mendez, C.A. y Romero, O.I. (1991), en este trabajo - se propuso un Programa Estructurado y un Sistema de Evaluación - del mismo, como parte del Proyecto "Orientación Preventiva a - Adolescentes", que es uno de los proyectos preventivos de la - Institución Centros de Integración Juvenil.

El programa propuesto se aplicó en dos grupos de adolescentes, uno ubicado en el período inicial de la adolescencia (pre-adolescentes) y el otro ubicado en el período final. La evaluación del programa se realizó al principio del mismo, durante su aplicación y al final del mismo, para lo cual se utilizaron -

cuestionarios, técnicas grupales y registros de evaluación. Se llegaron a las siguientes conclusiones: El programa propuesto contribuyó a cumplir los objetivos para los que fué creado, se señalan los insumos que se requieren para llevar a la práctica el programa así como las técnicas que son efectivas para trabajar con adolescentes.

En relación al trabajo de tesis de Mendez, C.A. y Romero, O.I., se hacen las siguientes consideraciones: Es un trabajo muy completo que muestra la forma en la cual deberfan diseñarse y evaluarse los programas, ya que enfatiza la necesidad de la evaluación al inicio del programa y durante el proceso del mismo para poder identificar fallas y llevar a cabo las modificaciones que se requieran para un mejor funcionamiento del mismo. Muestra un gran esfuerzo y compromiso con su profesión por la aportación que hace a Centros de Integración Juvenil.

El llevar a cabo la revisión de las tesis antes citadas tuvo como propósito mostrar la importancia y complejidad que implica la evaluación de programas dirigidos a la asistencia y prevención, además de señalar que la mayor aportación de estas tesis recae en el hecho de que abren líneas de investigación en lo que se refiere a evaluación de programas sociales y así mismo enfatizan la necesidad de que el psicólogo cuente con la preparación para diseñar y aplicar programas que brinden soluciones y cambios conductuales así como para poder llevar a cabo su evaluación, lo cual posibilitará enfrentar los problemas de la asistencia social a través de contar con programas más eficaces y realistas.

DEFINICION DE EVALUACION

Una vez que se han señalado los motivos por los cuales la actividad de Evaluación de Programas ha tenido un desarrollo limitado, es necesario esclarecer su contenido y sus funciones.

Cabe mencionar que se denomina programa al conjunto de estrategias de acción orientada a fines. (6) La actividad de elaborar programas ha estado tradicionalmente asociada al campo de la educación, específicamente a el área del proceso enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, debido a su gran utilidad para la planeación, organización y sistematización del trabajo, esta actividad se ha extendido a otros campos como la salud pública, el bienestar social, la vivienda, la salud mental, los servicios jurídicos, las organizaciones correccionales y el desarrollo económico.

Así mismo, en cuanto a la definición de evaluación de programas, Craig y Metzger (1982), mencionan la definición que han hecho diferentes autores:

"Evaluación de programas es la medición de las consecuencias deseables e indeseables de una acción ejecutada para facilitar la obtención de metas que estima el sujeto".

"Evaluación de programas designa el proceso de verificar las áreas de decisión, seleccionando para ello información apropiada y recopilándola y analizándola con objeto de comunicar un resumen de datos que ayude a los encargados de tomar decisiones a escoger entre las alternativas".

"Evaluación de programas es la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las cuales no los alcanzó y la relación que hay entre los efectos del programa y una diversidad de variables y características del programa".

Como se puede observar, en las definiciones mencionadas, el énfasis de la evaluación de programas recae en determinar si un programa de actividades consiguió alcanzar o no las metas propuestas.

Para los propósitos de este trabajo, una definición de evaluación de programa que se considera apropiada por su flexibilidad para orientar su práctica en programas de diferentes objetivos, es la propuesta por Briones (1991), para él la evaluación de programas es:

"Un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con su administración y desarrollo".

De lo anterior se desprende la importancia de promover la evaluación de programas en las instituciones, de tal forma que esta actividad llegue a realizarse tanto al inicio del programa como durante el proceso del mismo con el propósito de identificar fallas y realizar las modificaciones que se requieran, lo cual permitirá alcanzar los objetivos para los cuales los programas son creados así como optimizar los recursos ya que se evitará la pérdida de tiempo, esfuerzo y recursos económicos.

TIPOS DE EVALUACION.

Existen diversos tipos de evaluación, Briones (1991), distingue las siguientes:

Las evaluaciones que han sido utilizadas casi exclusivamente en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Evaluación Formativa. El término evaluación formativa, originado en el campo de la educación, se ha transferido a otros campos de actividad donde se utiliza como sinónimo de evaluación intermedia. En sentido estricto, es el estudio que se realiza durante el proceso de elaboración de un currículo y tiene como

propósito proporcionar información de retroalimentación que permita mejorar (formar) ese instrumento o procedimiento de instrucción.

Evaluación Sumativa. También suele utilizarse indebidamente, como evaluación terminal. Consiste en el estudio referido a uno o varios productos instruccionales del currículo (programa, textos, etc.), ya terminados y sometidos a evaluaciones formativas, con la finalidad de analizar su utilización en el aula y sus ventajas comparativas con otros materiales.

Otro tipo de evaluaciones son aquellas que se utilizan para detectar los factores que facilitan o dificultan el funcionamiento planeado para un curso de acción en los programas sociales.

Evaluación Intermedia. Las evaluaciones intermedias buscan información durante el desarrollo del programa con el fin de detectar problemas de funcionamiento y buscarles soluciones adecuadas y oportunas. En todo programa lo deseable es que estas evaluaciones intermedias sean continuas, de modo que sirvan de apoyo permanente a numerosas actividades que se desarrollan durante su realización.

Evaluación Terminal. Denominada también evaluación ex-post. Es el estudio que se realiza después de que el programa ha terminado, con la finalidad de establecer si se obtuvieron o no los resultados esperados y los factores que actuaron en una u otra dirección.

Evaluación Institucional. Es la evaluación que realiza una institución, de tal modo que uno de sus focos principales de atención está constituido por las funciones que ella debe cumplir, como por ejemplo, la función de asistencia en una institución de salud.

Es importante señalar que en la Investigación Evaluativa propuesta por Weiss (1991), se aplican los métodos de la investigación para la evaluación de programas sociales. De esta forma el proceso de juzgar, se hace más preciso y objetivo, ya que permite establecer criterios claros y específicos para realizar la evaluación, reúne sistemáticamente pruebas de una muestra representativa de las unidades de que se trata, traduce estas pruebas en expresiones cuantitativas y a través de estos métodos de la investigación se puede llegar a conclusiones acerca de la eficacia, el valor o el éxito del fenómeno que se quiere estudiar.

Weiss (1991), señala que: "el objeto de la Investigación Evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura". De este modo, la Investigación Evaluativa tiene implícitos dos objetivos fundamentales:

1. Medir el grado de idoneidad, efectividad y de eficiencia de un programa.

La idoneidad se refiere a la capacidad que tiene el programa para resolver el problema que lo originó; la efectividad, se refiere a la capacidad que tienen las actividades y tareas del programa para alcanzar los objetivos y metas que el mismo define; la eficiencia, se refiere al índice de productividad del programa, o sea la relación existente entre los bienes y los servicios finales y los insumos requeridos para su producción.

2. Facilitar el proceso de toma de decisiones, entre las que se pueden considerar:

- Continuar o discontinuar el programa que se está evaluando.

- Mejorar sus prácticas o procedimientos.
- Añadir o desechar técnicas en relación con las que se están empleando.
- Modificar las estrategias en desarrollo.
- Establecer programas semejantes en realidades similares.
- Aceptar o rechazar un enfoque o teoría sobre el programa en la ejecución.

Técnicas de Evaluación.

Existen procedimientos o técnicas para la recopilación de información así como instrumentos o medios para su registro, los que se utilizan con mayor frecuencia son:

Técnica de Recolección

Instrumento

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| a) Observación Directa. | - Notas de campo. |
| b) Observación Participante. | - Notas de campo. |
| c) Entrevista. | - Registro o protocolo. |
| d) Programas | - Registros o expedientes. |
| e) Informes Estadísticos. | - Registros. |

a) Observación Directa. Consiste en las actividades formales mediante las cuales los evaluadores documentan los eventos de un programa a medida que ocurren.

b) Observación Participante. Se refiere a la participación de los evaluadores en los eventos estudiados, los cuales pueden asumir una variedad de roles dentro de la evaluación, documentando posteriormente los resultados.

c) Entrevista. Para Kerlinger (1981), la entrevista es la técnica más antigua y más usada para obtener información. Esta posee destacadas cualidades que no tienen las pruebas objetivas, ni las escalas, ni las observaciones de la conducta. Puede ser flexible y adaptable a situaciones individuales y a menudo podrá utilizarse cuando ningún otro método sea aplicable o adecuado. En la evaluación de programas sociales, la entrevista permite conocer información acerca de los participantes en el programa, quienes son, porqué se les incluyó en el programa, así como cuáles han sido sus actitudes y conducta antes y después de la participación en el programa.

d) Programa. A través de sus registros se pueden obtener datos para la evaluación, ya que los participantes habrán suministrado información de toda clase acerca de sí mismos y de su situación. En cuanto a los expedientes como instrumentos de evaluación, se ha observado que no poseen gran utilidad, frecuentemente se información es inexacta o no están actualizados.

e) Informe Estadístico. Puede emplearse como fuente de datos, ya que sus registros proporcionan una medida a través de la cual es posible comparar los cambios efectuados después de la aplicación del programa.

El objetivo de la presente investigación ha sido el de evaluar un programa asistencial de una Clínica de Desarrollo Infantil. Con esta investigación, que se encuentra bajo el marco de la Investigación Evaluativa planteado por Weiss (1991), se pretende identificar los factores que propician la inconstancia en el tratamiento, así como las causas de la deserción en el mismo, con el fin de mejorar las prácticas y procedimientos del programa.

CAPITULO IV.

EVALUACION DEL PROGRAMA CLINICA DE DESARROLLO INFANTIL.

METODO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como una forma de prevenir oportunamente diversos problemas de salud física y mental en la población de 0 a 5 años de edad, a través de la vigilancia sistemática y periódica de su crecimiento y desarrollo, en el Instituto Nacional de Salud Mental-DIF, se elaboró un programa asistencial denominado Clínica de Desarrollo Infantil (ver Anexo 1), para atender a la población que se encuentra en este rango de edad y que acude al Instituto por presentar alguna alteración en su desarrollo.

Desde que se puso en operación este programa hasta la fecha, no ha sido sometido a evaluación y a pesar que el propósito primordial del programa es promover la investigación, en la práctica las únicas acciones que se realizaron fueron las asistenciales debido a la inconstancia de los padres en llevar a su hijo a tratamiento, así como la frecuente interrupción del mismo, ya que dejaron de asistir. Esta circunstancia ha impedido llevar a cabo el seguimiento de los casos, limitando tanto las acciones de asistencia como de investigación.

Por tal motivo se realizó la evaluación del Programa Clínica de Desarrollo Infantil, con el fin de delimitar y medir su efectividad en el abordaje de esta población infantil.

La observación de estos hechos nos lleva a plantear las siguientes interrogantes:

- a) ¿Qué factores institucionales afectan la asistencia a la Clínica de Desarrollo Infantil?
- b) ¿Qué factores familiares propician la deserción de pacientes?
- c) ¿Qué factores sociales propician la deserción de pacientes?
- d) ¿Qué elementos son susceptibles de corregirse para mejorar la Clínica de Desarrollo Infantil?
- e) Tipo de problemas de desarrollo que se ven más afectados por la interrupción del tratamiento.

INDICADORES.

Para dar respuesta a las interrogantes anteriores se -
partió de los siguientes indicadores:

a) Factores Institucionales:

Son los elementos que conforman la manera en que se brinda el servicio, que incluyen el cumplimiento de los objetivos del programa Clínica de Desarrollo Infantil.

b) Factores Familiares:

Son las características de la familia del paciente, se -
considera la organización familiar y el apoyo recibido para -
la atención del paciente.

En relación a la evaluación de los resultados de la muestra, la presente investigación se ha basado en los métodos cuantitativos, cualitativos, observacionales y experimentales. Se realizaron entrevistas con esta intención de realizar un estudio al nivel de la investigación cualitativa planteado por Weiss (1985). Uno de los objetivos de sus propósitos fue medir el estado de salud, satisfacción y eficiencia de un programa asistencial.

MUESTRA.

Para conformar la muestra, se revisaron 11 expedientes que correspondían al total de la población que había sido enviada a la Clínica de Desarrollo Infantil, en el período comprendido de enero a diciembre de 1988. Debido a que la mayoría de los pacientes había desertado, se consideró el íntegro una muestra no probabilística con base a la mayor cantidad de

c) Factores Sociales:

Son el conjunto de características socioeconómicas, laborales y educativas que corresponden a las familias.

d) Deserción:

Es la interrupción del tratamiento por parte de los padres del paciente.

e) Tipo de Problemas de Desarrollo:

Alteraciones en el desarrollo que presentan los niños de 0 a 5 años que asisten a la Clínica de Desarrollo Infantil y que fueron identificados en el motivo de consulta.

TIPO DE INVESTIGACION.

De acuerdo a la bibliografía consultada (Pick, 1986), la presente investigación es de campo, descriptiva, retrospectiva, observacional y transversal. Es importante mencionar que esta investigación se realizó de acuerdo al marco de la Investigación Evaluativa planteado por Weiss (1991), dado que uno de sus propósitos fué medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia de un programa asistencial.

MUESTRA.

Para conformar la muestra, se revisaron 317 expedientes que correspondían al total de la población que había sido enviada a la Clínica de Desarrollo Infantil, en el período comprendido de enero a diciembre de 1988. Debido a que la mayoría de los pacientes había desertado, se consideró el integrar una muestra no probabilística con base a la mayor cantidad de

pacientes que fuera posible contactar, estableciéndose como requisito que vivieran en el Distrito Federal, que hubieran asistido o que continuáran asistiendo a la Clínica de Desarrollo Infantil y que tuvieran teléfono. Considerando los criterios anteriores, se logró constituir una muestra de 50 pacientes que habían asistido a C.D.I. durante ese período.

ESCENARIO.

Las entrevistas se llevaron a cabo en uno de los consultorios para la atención de pacientes en el Instituto Nacional de Salud Mental-DIF, y en algunos casos se acudió a realizar la entrevista al ambiente natural de los pacientes.

INSTRUMENTO.

Debido a lo heterogéneo de la población en relación a su nivel educativo, se consideró conveniente elaborar una entrevista con el objeto de facilitar la interpretación y contestación de las preguntas por parte de los padres de los pacientes.

Inicialmente se elaboró una entrevista estructurada con preguntas abiertas, la cual fué piloteada con 20 padres de los pacientes que acudían a C.D.I., así como algunos padres que ya no asistían y que fueron localizados y citados al Instituto para tal efecto. Esta entrevista se analizó y con base a los resultados obtenidos y las observaciones recabadas, se corrigió la redacción de seis reactivos, se descartaron cuatro reactivos y se elaboró la entrevista definitiva.

Esta entrevista quedó conformada con preguntas cerradas, de alternativa fija, características que de acuerdo a Craig (1987), permiten una mayor uniformidad entre las respuestas y facilitan el análisis de resultados. Los 26 reactivos que

integran la entrevista, exploran información relativa a los - indicadores utilizados para evaluar el programa: Factores Insti-
tucionales (reactivos nos. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16 y 25); Factores Familiares (Ficha de identificación: edad de los padres, estado civil, sexo paciente, informante y los reactivos nos. 17, 18 y 19); Factores Sociales (Ficha de identificación: escolaridad y ocupación de los padres, categoría socioeco-
nómica y los reactivos nos. 1, 3, 20, 21, 22, 23, 24 y 26); - Deserción (reactivos nos. 10, 11, 12 y 26) y Tipo de Problemas de Desarrollo (Ficha de identificación: edad del paciente, motivo de consulta y reactivo no. 14). (Ver Anexo 2).

PROCEDIMIENTO.

La presente investigación se llevó a cabo en dos fases. La primera el estudio piloto y la segunda el estudio final o evaluación del programa, las cuales se organizaron de la siguiente forma:

FASE I - ESTUDIO PILOTO.

Se llevó a cabo una entrevista con 20 padres de los pacientes que asistían a C.D.I., así como algunos padres que ya no - asistían y que fueron citados al Instituto para tal efecto, se - les explicó el motivo de la misma y una vez terminada ésta, se - les aclararon sus dudas y se les proporcionó orientación. La entrevista fué estructurada y estaba conformada por 30 preguntas abiertas que exploraban información relativa a los indicadores - utilizados para la evaluación del programa C.D.I. Con base a la información recabada, se modificó la entrevista, quedando conor-
mada por 26 preguntas cerradas de alternativa fija.

FASE II - ESTUDIO FINAL O EVALUACION DEL PROGRAMA.

Una vez llevado a cabo el piloteo, se procedió a realizar la revisión de 317 expedientes del total de la población enviada a C.D.I., durante el período comprendido de enero a diciembre de 1988 para conformar la muestra de la población. De los 317 expedientes revisados, 60 correspondían a pacientes foráneos, 93 a pacientes que no tenían teléfono y por lo tanto era difícil contactar debido a que en ocasiones no se encontraba en el expediente la dirección del domicilio del paciente correctamente anotada; 15 correspondían a pacientes que habían sido dados de alta; 8 a pacientes que se fueron a vivir fuera del Distrito Federal; 67 a pacientes que tenían teléfono pero que no se les localizó a pesar de haberles llamado o bien, que se habían cambiado de domicilio; 20 correspondían a pacientes que habían sido enviados a C.D.I., pero que no asistieron a la consulta de primera vez; 2 a pacientes que continúan asistiendo a tratamiento; uno a un paciente que falleció y uno a un paciente de la Casa Cuna. Por lo tanto, únicamente fué posible conformar una muestra de 50 padres con los cuales se llevó a cabo la entrevista definitiva, a algunos padres de los pacientes se les citó en el Instituto y a algunos otros se les visitó en su domicilio. A todos los padres se les proporcionó orientación, una vez concluida la entrevista.

Una vez recabada la información de las entrevistas, se procedió a vaciarla en hojas tabulares de contabilidad, codificada y someterla a tratamiento estadístico y posteriormente se procedió al análisis de resultados.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Los datos se analizaron mediante un análisis de frecuencias que se muestra en tablas y gráficas y posteriormente la -

técnica de χ^2 , debido a que las variables se encontraban en la escala nominal u ordinal y se obtenían datos de frecuencia. (34)

Se describirán primero las gráficas y después habiendo -
hecho un cruce de variables, se describirán los datos obteni-
dos y analizados con la χ^2 .

TABLA NO. I

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR SEXO

SEXO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	33	66
FEMENINO	17	34
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO

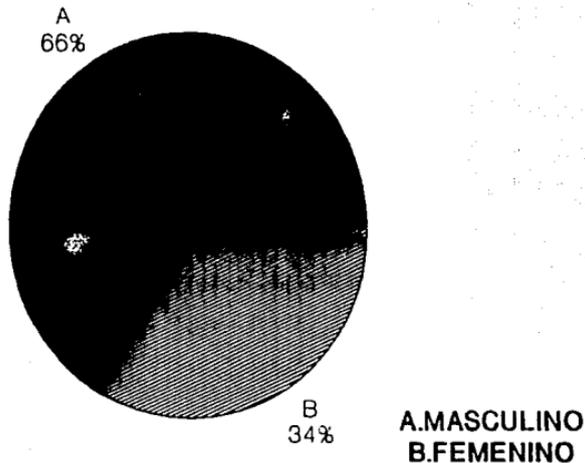


TABLA NO. II

DISTRIBUCION POR RANGOS DE EDAD

EDAD	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
2.0 - 2 6/12	3	6
2 7/12 - 3.0	7	14
3 1/12 - 3 6/12	4	8
3 7/12 - 4.0	5	10
4 1/12 - 4 6/12	5	10
4 7/12 - 5.0	3	6
5 1/12 - 5 6/12	6	12
5 7/12 - 6.0	11	22
6 1/12 - 6 6/12	2	4
6 7/12 - 7.0	3	6
7 1/12 - 7 6/12	1	2
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION POR RANGOS DE EDAD

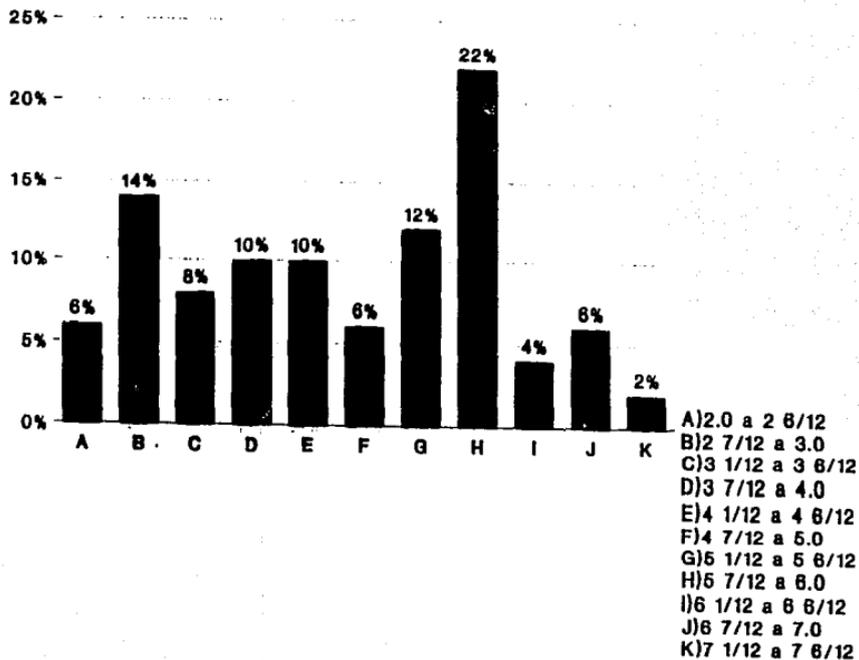


TABLA NO. III

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR
CATEGORIA SOCIOECONOMICA

CATEGORIA	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
ALTA	5	10
BAJA	30	60
MEDIA	15	30
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION POR CATEGORIA SOCIOECONOMICA

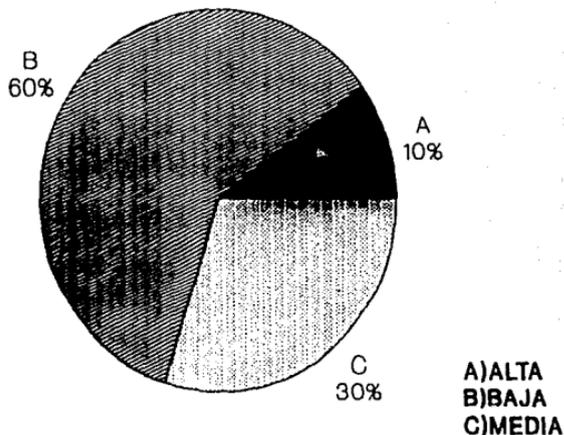


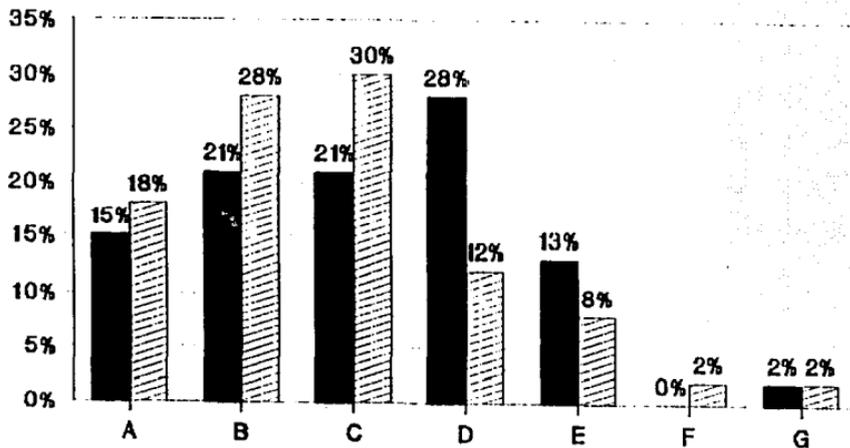
TABLA NO. IV

EDAD DE LOS PADRES

EDAD	FRECUENCIAS			
	CASOS		PORCENTAJE	
	P	M	P	M
20 - 25	7	9	15	18
26 - 30	10	14	21	28
31 - 35	10	15	21	30
36 - 40	13	6	28	12
41 - 45	6	4	13	8
46 - 50	0	1	0	2
51 - 55	1	1	2	2
TOTAL	47	50	100	100

GRAFICA No. 4

EDAD DE LOS PADRES



MASCULINO **FEMENINO**

A) 20 a 25 años
B) 26 a 30 años
C) 31 a 35 años
D) 36 a 40 años
E) 41 a 45 años
F) 46 a 50 años
G) 51 a 55 años

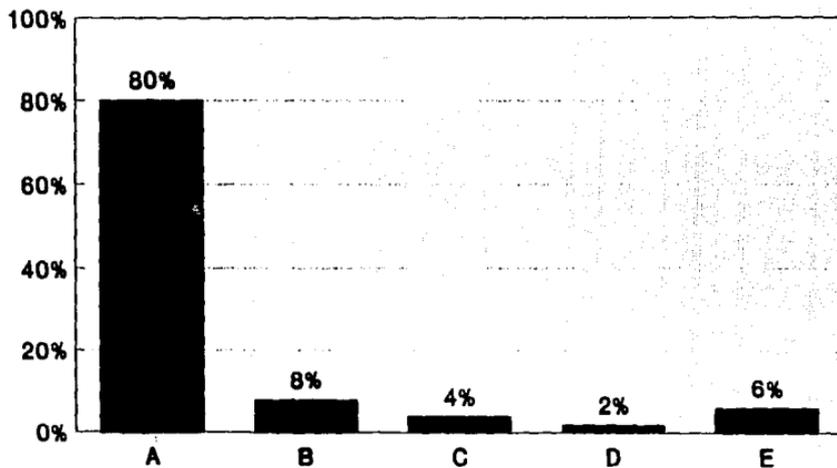
TABLA NO. V

ESTADO CIVIL PADRES

ESTADO CIVIL	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
CASADOS	40	80
UNION LIBRE	4	8
SEPARADOS	2	4
DIVORCIADOS	1	2
MADRE SOLTERA	3	6
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 5

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



■ %

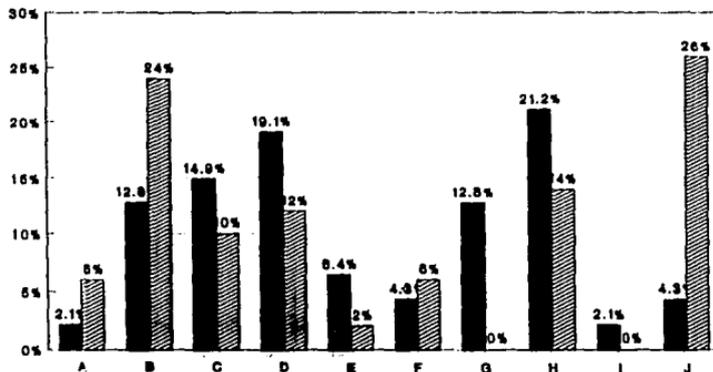
A)CASADOS
B)UNION LIBRE
C)SEPARADOS
D)DIVORCIADOS
E)MADRES SOLTERAS

TABLA NO. VI
ESCOLARIDAD PADRES

ESCOLARIDAD	FRECUENCIAS			
	CASOS		PORCENTAJE	
	P	M	P	M
PRIMARIA INCOMPLETA	1	3	2.1	6
PRIMARIA COMPLETA	6	12	12.8	24
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	5	14.9	10
SECUNDARIA COMPLETA	9	6	19.1	12
BACHILLERATO INCOMPLETO	3	1	6.4	2
BACHILLERATO COMPLETO	2	3	4.3	6
LICENCIATURA INCOMPLETA	6	0	12.8	0
LICENCIATURA COMPLETA	10	7	21.2	14
POSGRADO	1	0	2.1	0
ESTUDIOS TECNICOS	2	13	4.3	26
TOTAL	47	50	100.0	100

GRAFICA No. 6

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



MASCULINO
 FEMENINO

A) PRIMARIA INCOMPLETA
 B) PRIMARIA COMPLETA
 C) SECUNDARIA INCOMPLETA
 D) SECUNDARIA COMPLETA
 E) BACHILLERATO INCOMPLETO
 F) BACHILLERATO COMPLETO
 G) LICENCIATURA INCOMPLETA
 H) LICENCIATURA COMPLETA
 I) POSGRADOS
 J) ESTUDIOS TECNICOS

TABLA NO. VII

PROCEDENCIA

DELEGACION POLITICA	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
Alvaro Obregón	8	16
Azcapotzalco	1	2
Benito Juárez	4	8
Coyoacán	9	18
Cuajimalpa	1	2
Cuauhtémoc	4	8
Gustavo A. Madero	4	8
Iztapalapa	2	4
Iztacalco	3	6
Magdalena Contre- ras	4	8
Miguel Hidalgo	3	6
Milpa Alta	0	0
Tláhuac	1	2
Tlalpan	4	8
Venustiano Carran za	1	2
Xochimilco	1	2
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 7

LUGAR DE PROCEDENCIA

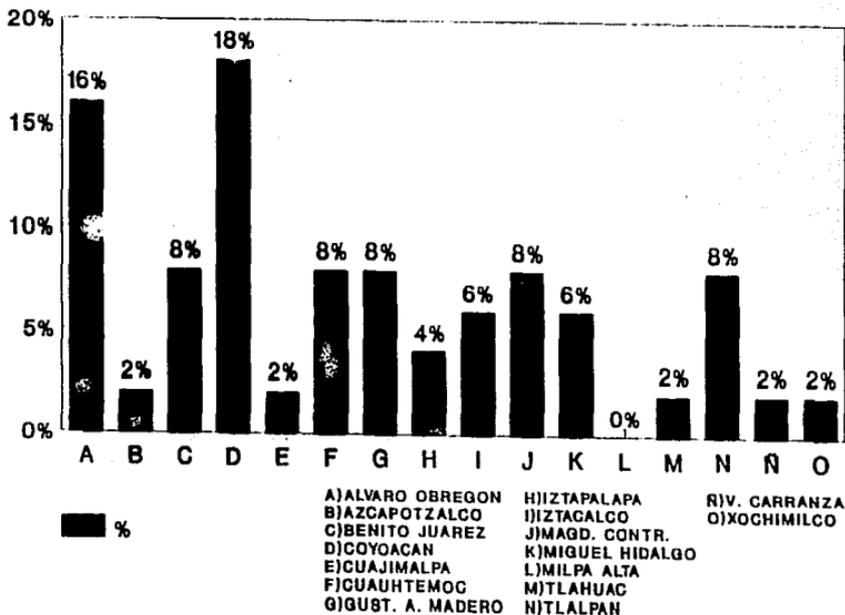
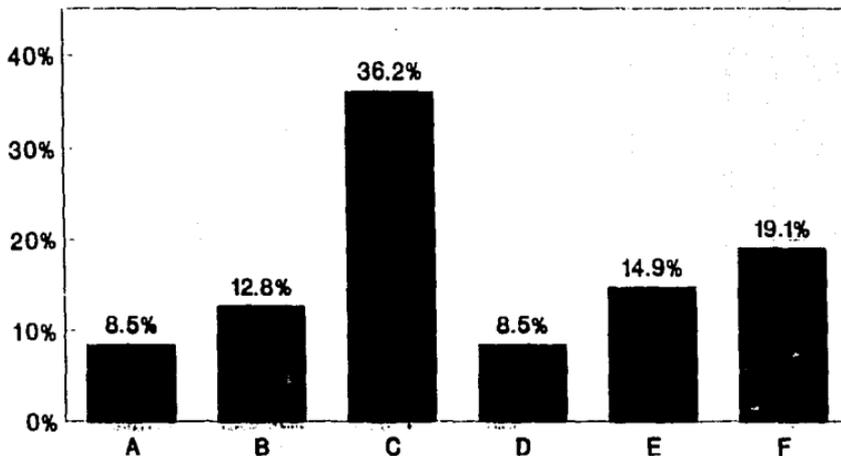


TABLA NO. VIII
OCUPACION PADRES

OCUPACION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
Hojalatería y estructuras metálicas	4	8.5
Chofer	6	12.8
Empleado	17	36.2
Ramo construcción	4	8.5
Ventas	7	14.9
Otros oficios	9	19.1
TOTAL	47	100.0

GRAFICA No. 8

OCUPACION DE LOS PADRES



■ %

A) HOJ. Y ESTR. MET.
B) CHOFER
C) EMPLEADO
D) CONSTRUCCION
E) VENTAS
F) OTROS OFICIOS

TABLA NO. IX
OCUPACION MADRES

OCUPACION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
Hogar	33	66
Educación	3	6
Empleada	5	10
Otros oficios	9	18
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 9

OCUPACION DE LAS MADRES

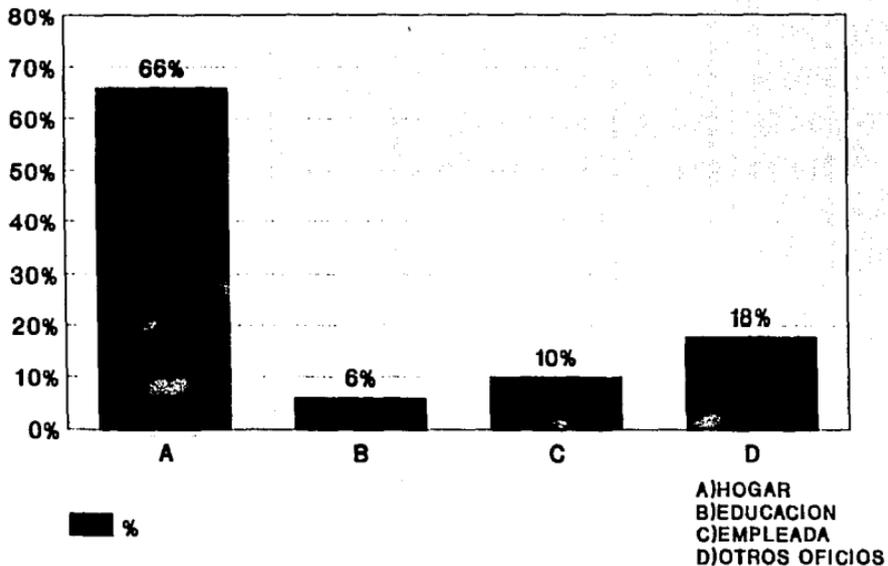


TABLA NO. X
MOTIVO CONSULTA

MOTIVO CONSULTA	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
Retraso Psico- motor	5	10
Espasmo del Sollozo	11	22
Hiperactividad	1	2
Problemas de Conducta	11	22
Crisis Convul- sivas	3	6
Problemas Sueño	3	6
Problemas Len- guaje	10	20
Otros	6	12
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 10

MOTIVOS DE CONSULTA

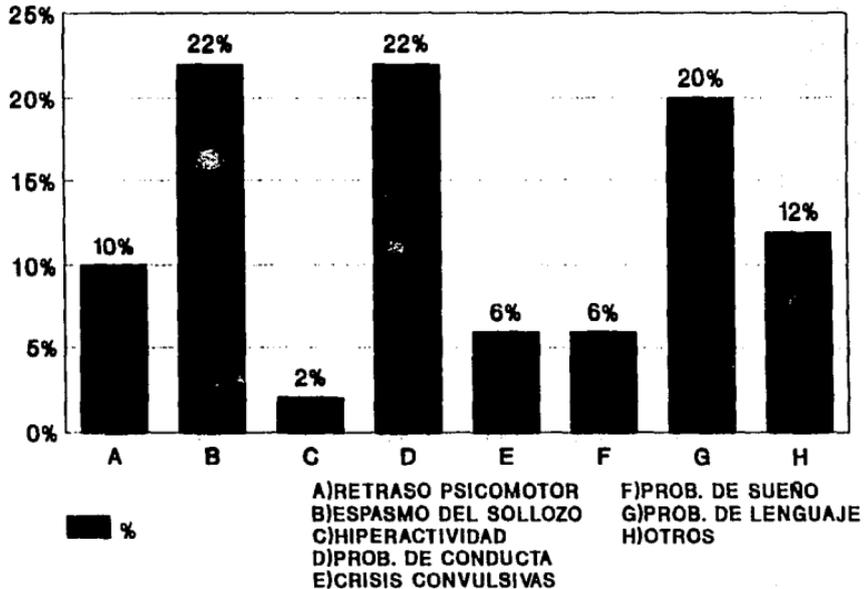


TABLA NO. XI
INSTANCIAS CANALIZACION INSAME

INSTANCIAS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
CONOCIDO	14	28
FAMILIAR	3	6
ESPECIALISTA PARTICULAR	8	16
INSTITUCION	21	42
INICIATIVA PROPIA	4	8
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 11

INSTANCIAS DE CANALIZACION

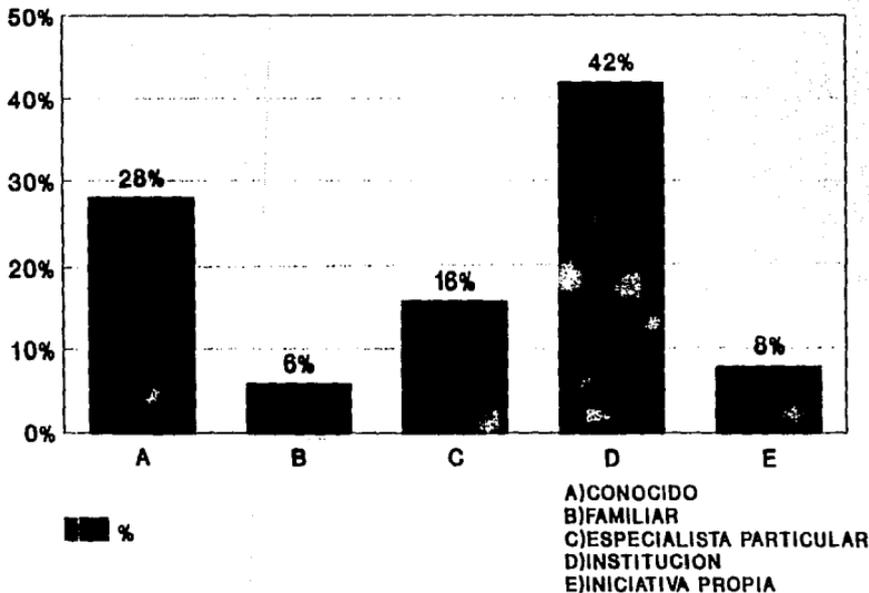


TABLA NO. XII
CALIDAD ATENCION INSAME

CALIDAD ATENCION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
MUY BUENA	30	60
BUENA	19	38
DEFICIENTE	1	2
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 12

CALIDAD DE ATENCION INSAME

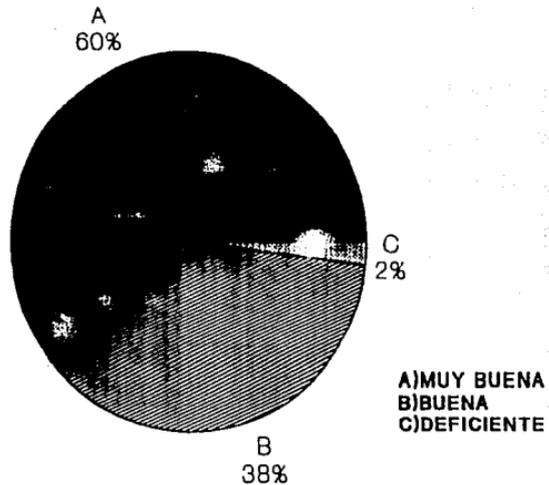


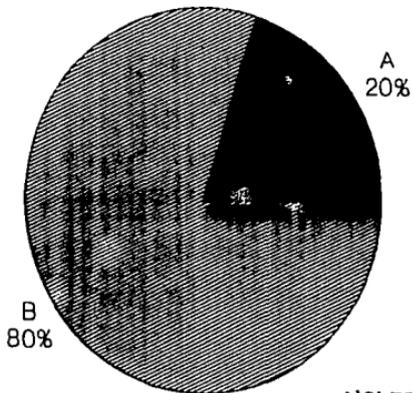
TABLA NO. XIII

FACILIDAD ACCESO INSAME

ACCESO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SI ES DIFICIL	10	20
NO ES DIFICIL	40	80
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 13

FACILIDAD ACCESO INSAME



A) SI ES DIFICIL
B) NO ES DIFICIL

TABLA NO. XIV

ASISTENCIA SERVICIOS INSAME

SERVICIOS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
NEUROLOGIA	31	62
PSIQUIATRIA	20	40
PEDIATRIA	45	90
PSICOLOGIA (C.D.I.)	50	100
TRABAJO SOCIAL	14	28
TERAPIA FAMILIAR	4	8
AUDICION, FONIA- TRIA Y APRENDI- ZAJE (A.F.A.)	16	32
ESTOMATOLOGIA	18	36
FISIOLOGIA	22	44
LABORATORIO	22	44

* En esta tabla no se dan totales porque los pacientes asistieron a varios servicios.

GRAFICA No. 14

ASISTENCIA SERVICIOS INSAME

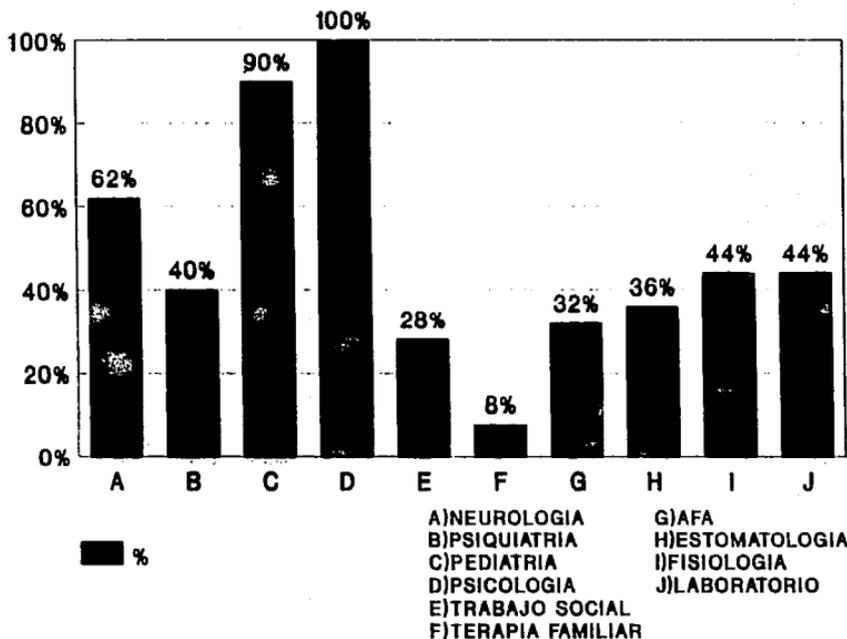


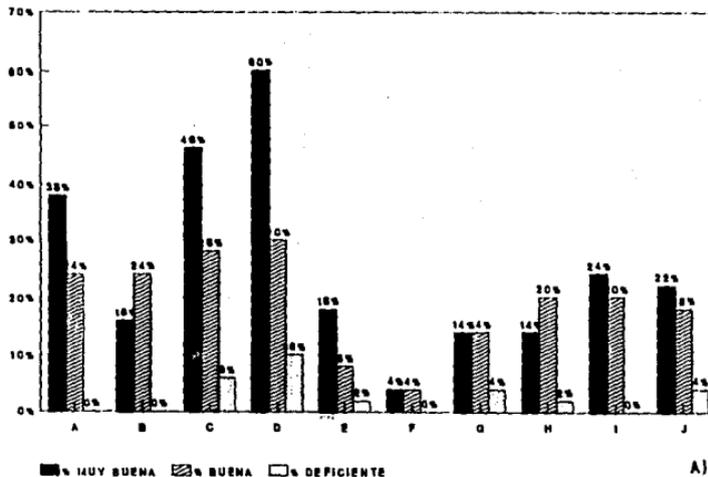
TABLA NO. XV

CALIDAD ATENCION SERVICIOS INSAME

CALIDAD ATENCION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
NEUROLOGIA		
Muy buena	19	38
Buena	12	24
Deficiente	0	0
PSIQUIATRIA		
Muy buena	8	16
Buena	12	24
Deficiente	0	0
PEDIATRIA		
Muy buena	28	46
Buena	14	38
Deficiente	3	6
PSICOLOGIA (C.D.I.)		
Muy buena	30	60
Buena	15	30
Deficiente	5	10
TRABAJO SOCIAL		
Muy buena	9	18
Buena	4	8
Deficiente	1	2
TERAPIA FAMILIAR		
Muy buena	2	4
Buena	2	4
Deficiente	0	0
A.F.A.		
Muy buena	7	14
Buena	7	14
Deficiente	2	4
ESTOMATOLOGIA		
Muy buena	7	14
Buena	10	20
Deficiente	1	2
FISIOLOGIA		
Muy buena	12	24
Buena	10	20
Deficiente	0	0
LABORATORIO		
Muy buena	11	22
Buena	9	18
Deficiente	2	4

GRAFICA No. 15

CALIDAD ATENCION SERVICIOS INSAME



■ % MUY BUENA ▨ % BUENA □ % DEFICIENTE

A) NEUROLOGIA
 B) PSIQUIATRIA
 C) PEDIATRIA
 D) PSICOLOGIA
 E) TRAB. SOCIAL
 F) TER. FAMILIAR
 G) A.F.A.
 H) ESTOMATOLOGIA
 I) FISILOGIA
 J) LABORATORIO

TABLA NO. XVI
 ESPECIALISTA QUE INFORMA
 NATURALEZA DEL PROBLEMA

ESPECIALISTA	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
NEUROLOGO	4	8
PSIQUIATRA	2	4
PEDIATRA	7	14
PSICOLOGO	20	40
TRABAJADOR SOCIAL	1	2
TERAPEUTA FAMILIAR	0	0
TERAPISTA DE LENGUAJE	2	4
ESTOMATOLOGO	0	0
NEUROFISIOLOGO	1	2
QUIMICO LABORATORISTA	0	0
NINGUNO	13	26
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 16

ESPECIALISTA QUE INFORMA DEL PROBLEMA

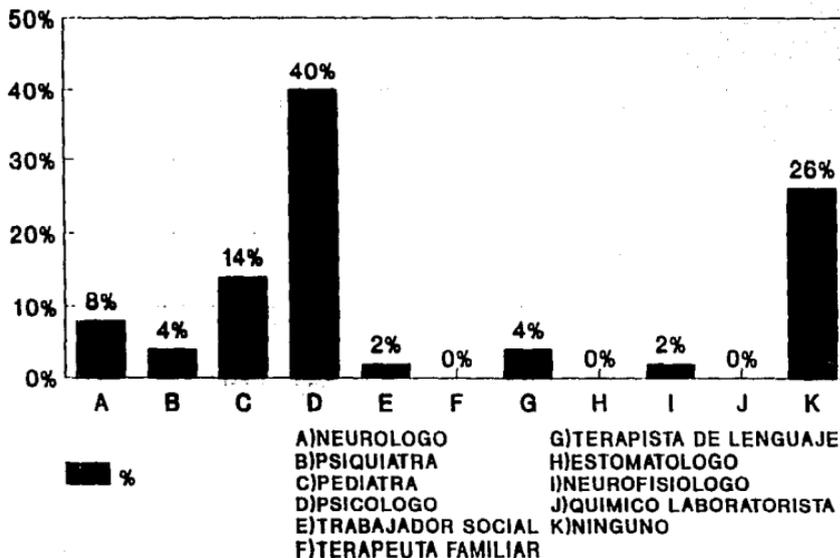


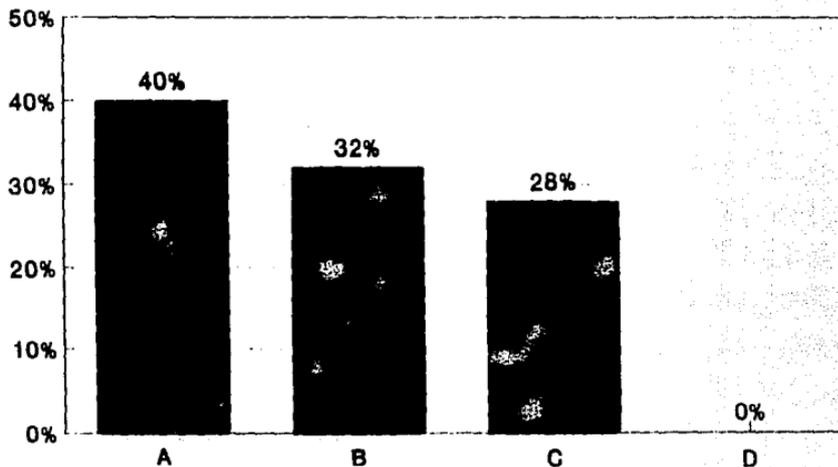
TABLA NO. XVII

INICIO TRATAMIENTO C.D.I.

INICIO TRATAMIENTO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
UNA SEMANA	20	40
MENOS DE UN MES	16	32
UN MES	14	28
MAS DE UN MES	0	0
TOTAL	50	100

GRAFICA No.17

INICIO TRATAMIENTO CDI



■ %

A) JUNA SEMANA
B) MENOS DE UN MES
C) UN MES
D) MAS DE UN MES

TABLA NO. XVIII
CALIDAD INFORMACION C.D.I.

INFORMACION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SUFICIENTE	31	62
CONFUSA	13	26
NINGUNA	6	12
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 18

CALIDAD INFORMACION CDI

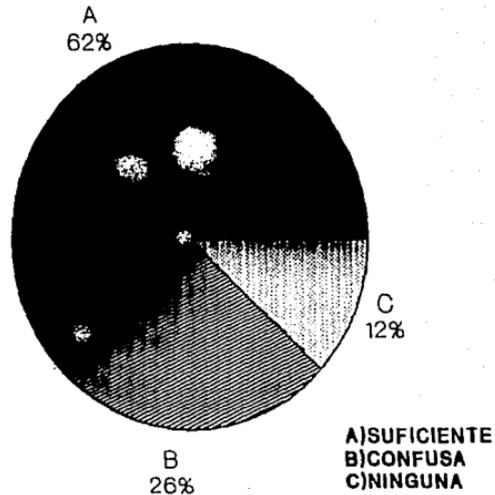


TABLA NO. XIX

PERIODICIDAD TRATAMIENTO C.D.I.

PERIODICIDAD	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SEMANAL	9	18
MENSUAL	40	80
TRIMESTRAL	1	2
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 19

PERIODICIDAD CITAS CDI

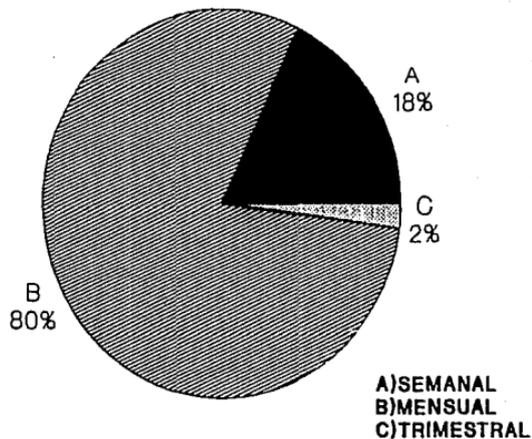


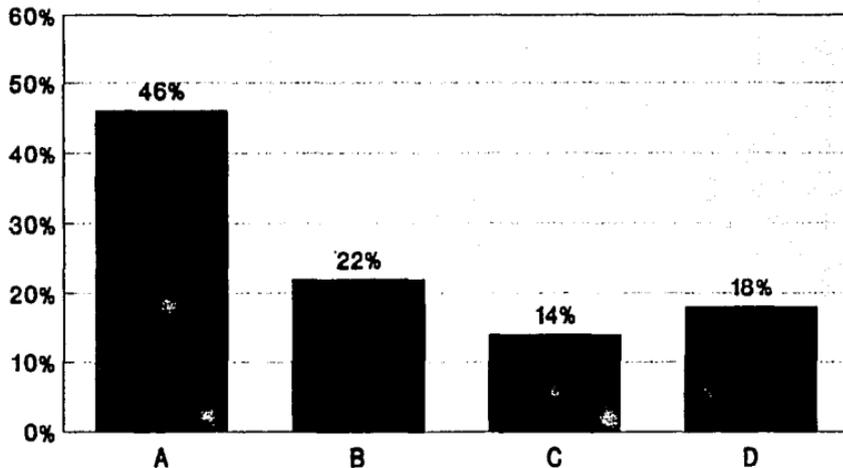
TABLA NO. XX

CONSTANCIA TRATAMIENTO C.D.I.

CONSTANCIA	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
EN SU TOTALIDAD	23	46
FALTANDO AL MENOS 1 VEZ	11	22
FALTANDO MAS DE 1 VEZ	7	14
CASI NO ACUDIO	9	18
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 20

CONSTANCIA TRATAMIENTO CDI



■ %

A) EN SU TOTALIDAD ASISTIO
B) FALTO AL MENOS UNA VEZ
C) FALTO MAS DE UNA VEZ
D) CASI NO ACUDIO

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA NO. XXI

MOTIVO INASISTENCIA C.D.I.

MOTIVO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SALUD	10	20
ESCOLAR	3	6
FAMILIAR	9	18
INSTITUCIONAL	16	32
ECONOMICO	2	4
LABORAL	6	12
NO HA FALTADO	4	8
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 21

MOTIVO INASISTENCIA CDI

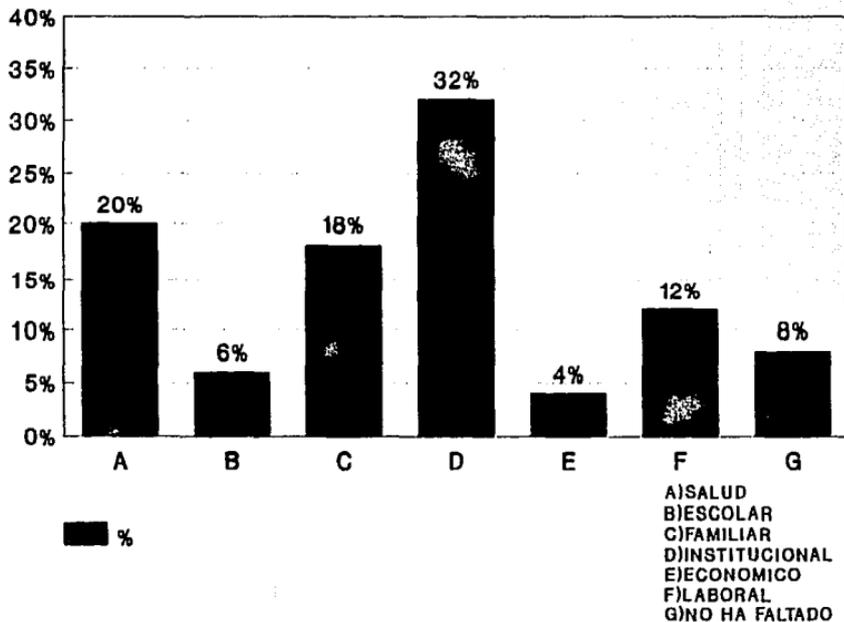


TABLA NO. XXII

EVOLUCION TRATAMIENTO C.D.I.

EVOLUCION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SE RESOLVIO	2	4
SE CONTROLA	37	74
CONTINUO	10	20
EMPEORO	1	2
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 22

EVOLUCION DURANTE TRATAMIENTO

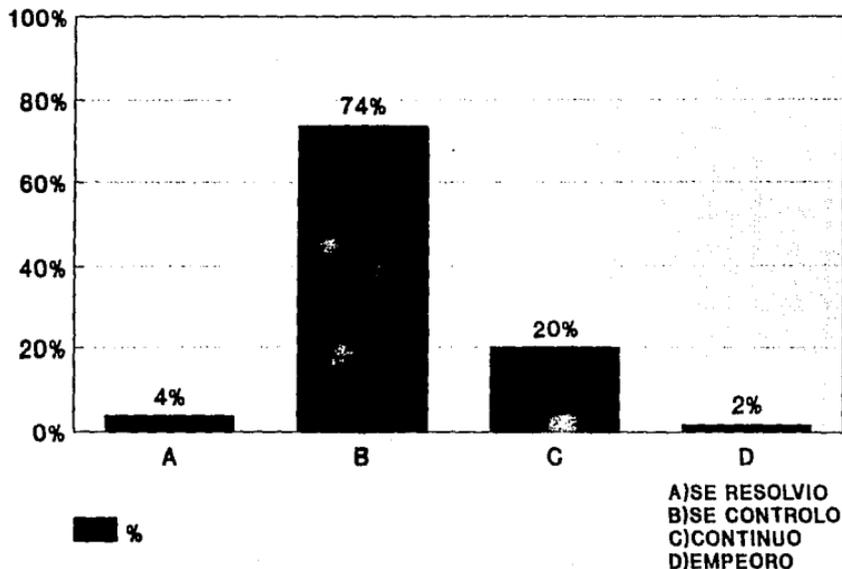


TABLA NO. XXIII

CALIDAD ATENCION C.D.I.

ATENCION	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
MUY BUENA	23	46
BUENA	19	38
DEFICIENTE	8	16
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 23

CALIDAD ATENCION CDI

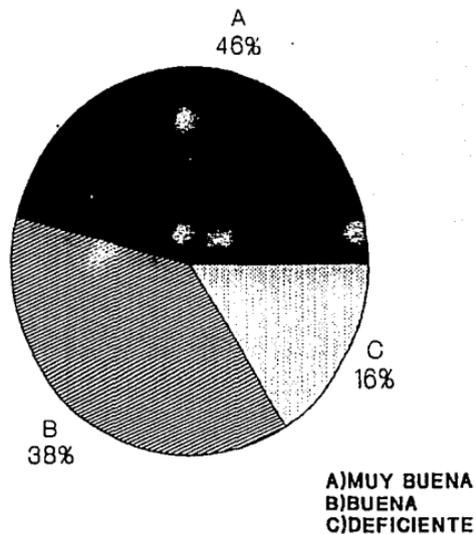


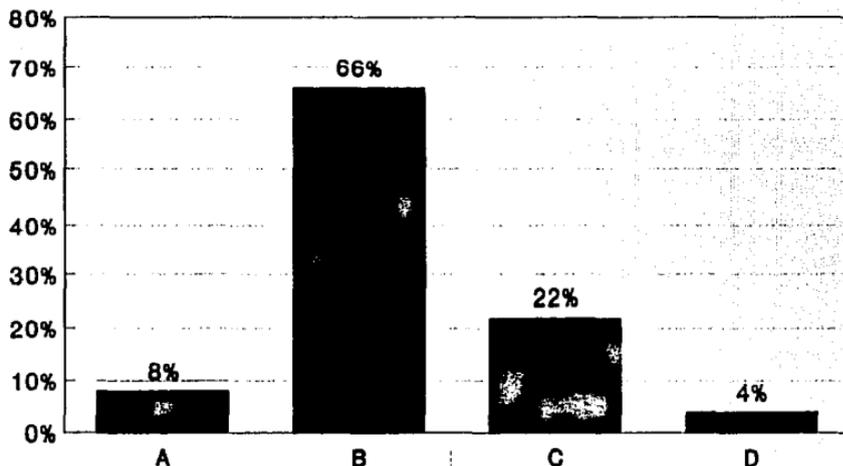
TABLA NO. XXIV

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

ESTADO ACTUAL	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
RESUELTO	4	8
CONTROLADO	33	66
CONTINUA	11	22
EMPEORO	2	4
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 24

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE



■ %

A) RESUELTO
B) CONTROLADO
C) CONTINUA
D) EMPEORO

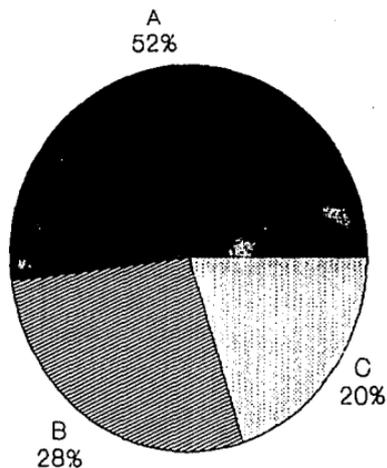
TABLA NO. XXV

NECESIDAD REINICIO TRATAMIENTO

REINICIO TRATAMIENTO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
SI	26	52
NO	14	28
NO LO SABE	10	20
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 25

NECESIDAD REINICIO TRATAMIENTO



A) SI
B) NO
C) NO LO SABE

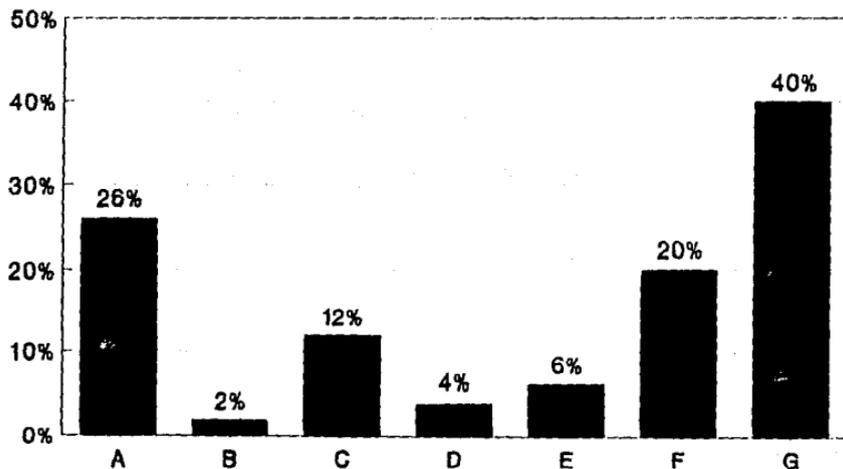
TABLA NO. XXVI
SUGERENCIAS PARA MEJORAR C.D.I.

SUGERENCIAS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
Atender a la hora cita.	13	26
Considerar lugar residencia al dar cita.	1	2
Explicar en que consiste tx. y servicios a que se canaliza.	6	12
Dar más difusión InSaMe	2	4
Atender cita cuando se llegue tarde.	3	6
Explicar consecuencias suspender tratamiento.	10	20
Otros	20	40

* En esta tabla no se dan totales porque algunos padres hicieron más de una sugerencia.

GRAFICA No. 26

SUGERENCIAS PARA MEJORAR CDI



■ %

A) ATENDER A LA HORA CITA
B) CONSIDERAR LUGAR DE RESIDENCIA
C) EXPLICAR TRATAMIENTO Y SERV. INTERCONSULTA
D) DAR MAS DIFUSION
E) ATENDER A PESAR DE LLEGAR TARDE
F) EXPLICAR CONSECUENCIAS SUSPENSION
G) OTROS

TABLA NO. XXVII

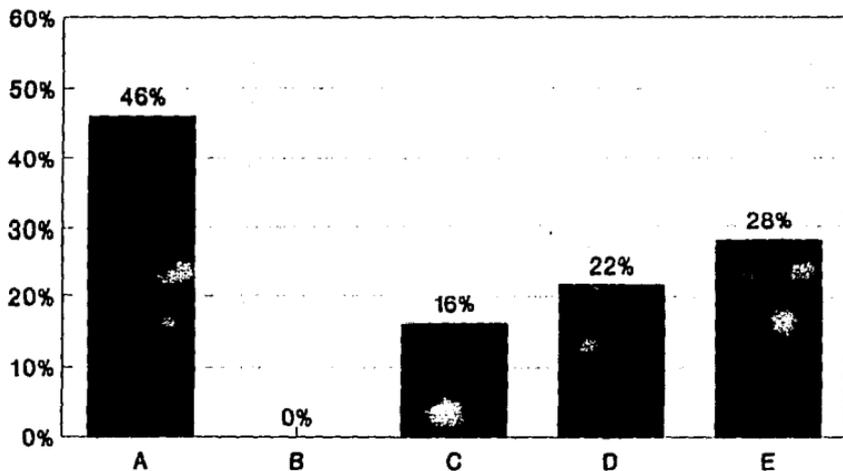
APOYO DE LA FAMILIA A LA MADRE

APOYO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
EMOCIONAL	23	46
ECONOMICO	0	0
SOCIAL	8	16
TODOS	11	22
NINGUNO	14	28

* En esta tabla no se dan totales porque algunas madres informaron recibir más de un tipo de apoyo.

GRAFICA No. 27

APOYO DE LA FAMILIA A LA MADRE



■ %

A) EMOCIONAL
B) ECONOMICO
C) SOCIAL
D) TODOS
E) NINGUNO

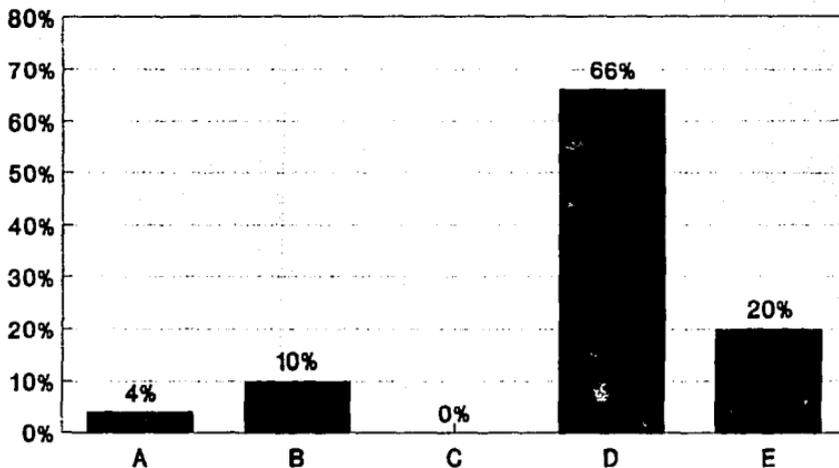
TABLA NO. XXVIII

APOYO DEL PADRE A LA MADRE

APOYO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
EMOCIONAL	2	4
ECONOMICO	5	10
SOCIAL	0	0
TODOS	33	66
NINGUNO	10	20
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 28

APOYO DEL PADRE A LA MADRE



■ %

A)EMOCIONAL
B)ECONOMICO
C)SOCIAL
D)TODOS
E)NINGUNO

TABLA NO. XXIX

CUIDADOR DEL PACIENTE

CUIDADOR	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
ABUELA MATERNA	14	28
ABUELA PATERNA	6	12
PADRE	4	8
TIOS	9	18
MADRE	16	32
OTROS	10	20

* En esta tabla no se dan totales porque algunas madres informaron que el paciente tenía más de un cuidador.

GRAFICA No. 29

CUIDADOR DEL PACIENTE

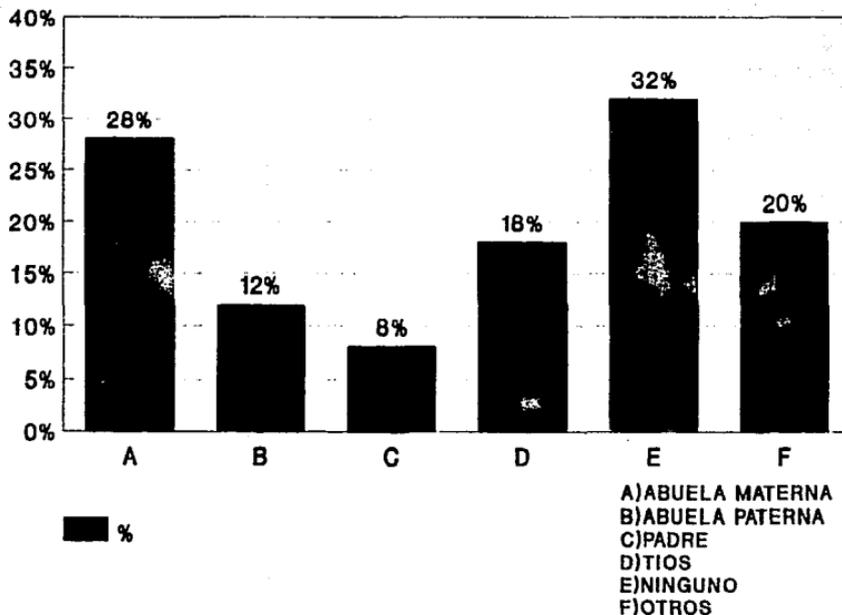
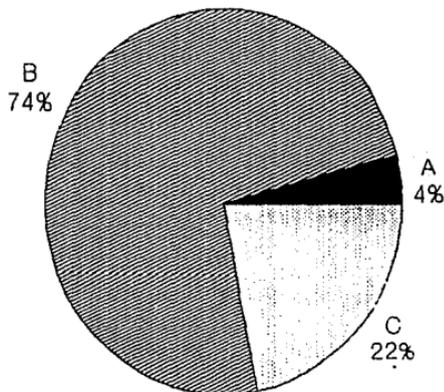


TABLA NO. XXX**ACCESIBILIDAD COSTO TRANSPORTE**

COSTO TRANSPORTE	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
ELEVADO	2	4
ACCESIBLE	37	74
BAJO	11	22
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 30

ACCESIBILIDAD COSTO TRANSPORTE



A) ELEVADO
B) ACCESIBLE
C) BAJO

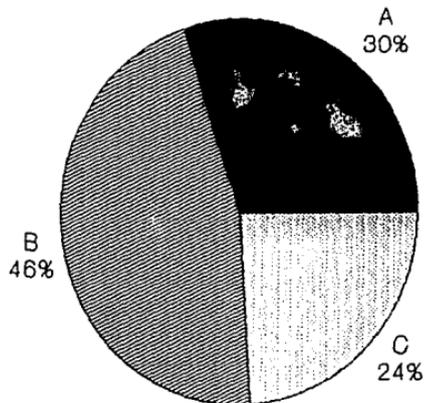
TABLA NO. XXXI

ACCESIBILIDAD UBICACION INSAME

UBICACION INSAME	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
CERCANO	15	30
RETIRADO	23	46
MUY RETIRADO	12	24
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 31

ACCESIBILIDAD UBICACION INSAME



A) CERCANO
B) RETIRADO
C) MUY RETIRADO

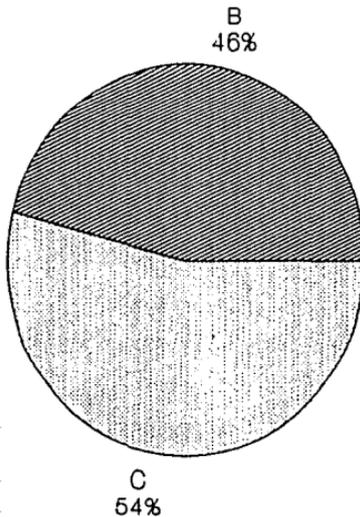
TABLA NO. XXXII

ACCESIBILIDAD COSTO CONSULTAS

COSTO CONSULTAS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
ELEVADO	0	0
ACCESIBLE	23	46
BAJO	27	54
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 32

ACCESIBILIDAD COSTO CONSULTAS



A) ELEVADO
B) ACCESIBLE
C) BAJO

TABLA NO. XXXIII
 INSTANCIAS CONSULTADAS PREVIO
 INSAME

INSTANCIAS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
INSTITUCION DE GOBIERNO	25	50
INSTITUCION PARTICULAR	4	8
ESPECIALISTA PARTICULAR	6	12
CURANDERO, HUESERO O SACERDOTE	0	0
ACUPUNTURISTA, NATURISTA U HOMEOPATA	0	0
NINGUNO	15	30
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 33

INSTANCIAS CONSULTADAS PREVIO INSAME

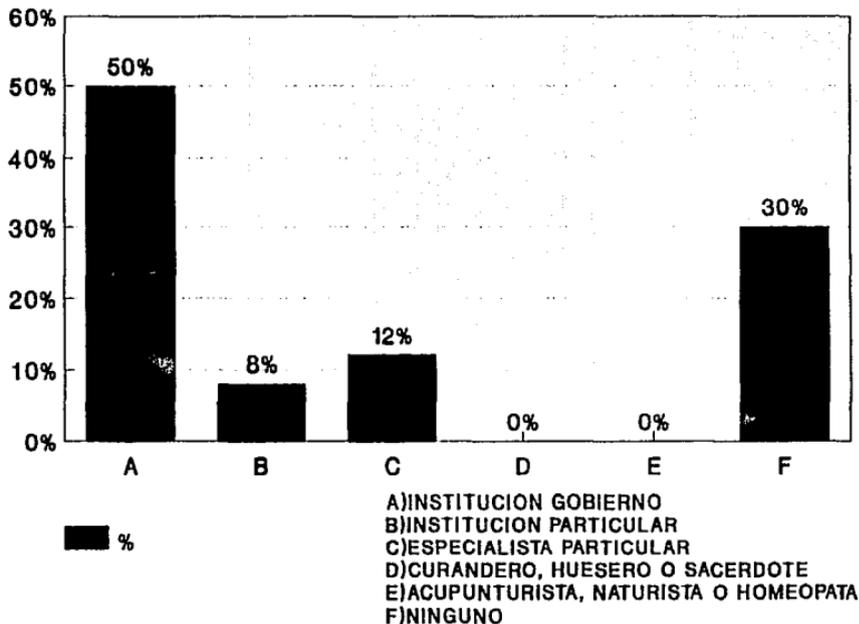


TABLA NO. XXXIV

INSTANCIAS CONSULTADAS
ACTUALMENTE

INSTANCIAS	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
INSTITUCION DE GOBIERNO	14	28
INSTITUCION PARTICULAR	2	4
ESPECIALISTA PARTICULAR	4	8
CURANDERO, HUESE RO O SACERDOTE	0	0
ACUPUNTURISTA, NATURISTA U HOMEOPATA	0	0
NINGUNO	30	60
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 34

INSTANCIAS CONSULTADAS ACTUALMENTE

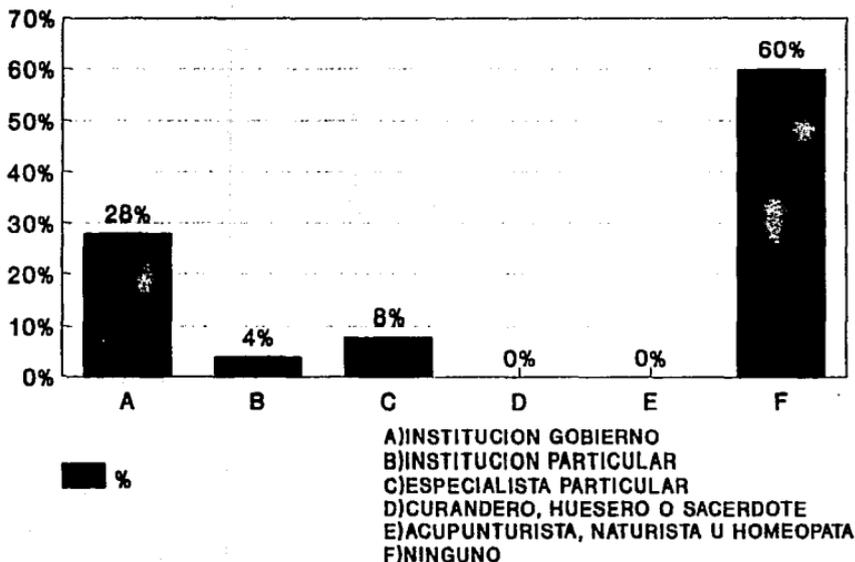


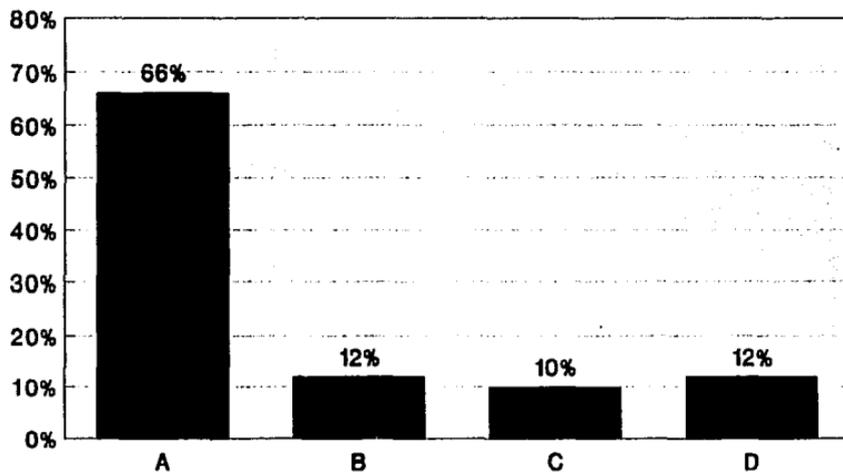
TABLA NO. XXXV

DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
NO TUVO NINGUNA DIFICULTAD	33	66
NO ERAN CLARAS LAS INDICACIONES	6	12
ERA MAS FACIL NO CUMPLIR CON LAS INDICACIONES	5	10
NO TENIA TIEMPO PARA CUMPLIRLAS	6	12
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 35

DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO



■ %

A) NO TUVO NINGUNA DIFICULTAD
B) NO ERAN CLARAS INDICACIONES
C) ERA MAS FACIL NO CUMPLIRLAS
D) NO TENIA TIEMPO PARA CUMPLIRLAS

TABLA NO. XXXVI

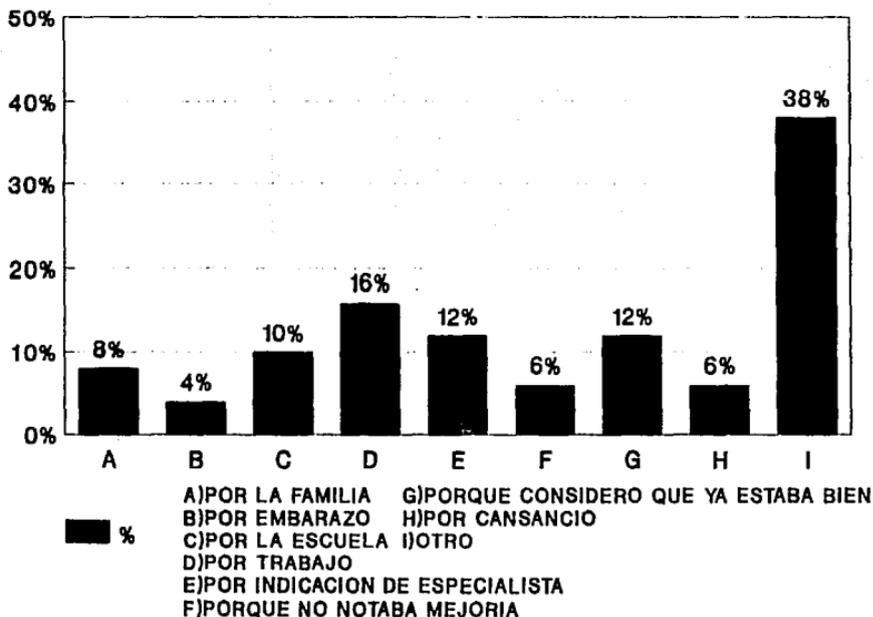
MOTIVO SUSPENSION TRATAMIENTO

MOTIVO	FRECUENCIAS	
	CASOS	PORCENTAJE
POR LA FAMILIA	4	8
POR EMBARAZO	2	4
POR LA ESCUELA	5	10
POR TRABAJO	8	16
POR INDICACION ESPECIALISTA	6	12
PORQUE NO NOTABA MEJORIA	3	6
PORQUE CONSIDERO QUE YA ESTABA BIEN	6	12
POR CANSANCIO	3	6
OTRO	19	38

* En esta tabla no se dan totales porque algunos padres dieron más de un motivo.

GRAFICA No. 36

MOTIVO SUSPENSION TRATAMIENTO



Grafica No. 1. Distribución por Sexo.

Esta gráfica muestra la proporción en que la población - atendida se distribuye según su sexo. La mayor proporción (66%) corresponde al sexo masculino y sólo una tercera parte, 34%, - pertenece al sexo femenino. Esta proporción ¿es consecuencia de una mayor labilidad del sexo masculino o se debe a que en el - seno familiar se dá más importancia al hombre y, por ende, se busca su atención, en detrimento de la mujer? Se requiere reali- zar más investigaciones epidemiológicas y sociológicas para en- contrar la causa real.

Gráfica No. 2. Distribución por Rangos de Edad.

En esta gráfica se observa la proporción en que la pobla- ción atendida se distribuye según su edad. La mayor proporción (22%) corresponde al rango de 5 años 7 meses a 6 años de edad. Esta proporción muestra que la detección de alteraciones en el desarrollo se realiza en forma tardía.

Gráfica No. 3. Distribución por Categoría Socioeconómica.

La distribución de las familias de los pacientes, según su clasificación socioeconómica, se puede ver en esta gráfica. El 60% pertenece a la categoría B, que corresponde a la categoría con menos recursos, en tanto que en la categoría A, que agrupa a las familias con mayores recursos socioeconómicos, sólo se - ubica el 10% del total.

Gráfica No. 4. Edad de los Padres.

En cuanto a la edad de los padres de los pacientes, en es- ta gráfica se observa que la mayor parte de los padres (28%), se encuentra en el rango de edad de 36 a 40 años, en cambio, la mayoría de las madres (30%), se encuentra en el rango de edad - de 31 a 35 años.

Gráfica No. 5. Estado Civil de los Padres.

En la gráfica se observa que el 80% de los padres de los - pacientes están casados, el 8% vive en unión libre, el 6% son madres solteras, el 4% están separados y sólo el 2% están divorciados.

Gráfica No. 6. Grado de Escolaridad de los Padres.

Esta gráfica muestra que el 21.2% de los padres de los pacientes tiene un nivel de escolaridad de licenciatura completa y el 19.1% terminó la secundaria. En cuanto al nivel de escolaridad de las madres, el 26% realizó estudios técnicos y el 24% terminó la primaria. Esto indica que las madres de los pacientes cuentan con limitados recursos educativos.

Gráfica No. 7. Lugar de Procedencia.

Se han recibido pacientes procedentes de la mayoría de las delegaciones que integran el D.F., según puede verse en esta gráfica. La mayor parte (18%), procede de la Delegación Coyoacán, seguido de la Delegación Alvaro Obregón con 16%. Lo que hace resaltar que la afluencia de pacientes está condicionada por la ubicación del instituto.

Gráfica No. 8. Ocupación de los Padres.

Se puede observar que la mayor proporción de los padres de los pacientes (36.2%), se desempeña como empleado, en tanto que el 19.1% desempeña algún oficio y el 14.9% se dedica al - ramo de ventas.

Gráfica No. 9. Ocupación de las Madres.

Aquí se muestra la proporción en la que las madres de los pacientes se distribuyen según su ocupación. La mayor proporción de madres (66%), se dedica al hogar, el 18% desempeña algún oficio y tan sólo el 10% se desempeña como empleado. Lo que indica que la mayoría de las madres pertenece a la población económicamente inactiva, situación que influye en la economía familiar.

Gráfica No. 10. Motivos de Consulta.

Es posible observar en esta gráfica, la prevalencia de las principales alteraciones en el desarrollo de los niños que solicitan atención en C.D.I. Los motivos de consulta más frecuentes son Espasmo del Sollozo (22%) y Problemas de Conducta (22%), - seguido de Problemas de Lenguaje (20%). Estos datos se corroboran en la admisión diaria de pacientes, siendo estas alteraciones los tres principales motivos de consulta a C.D.I.

Gráfica No. 11. Instancias de Canalización.

La distribución de las instancias a través de las cuales son enviados los pacientes al Instituto, se muestra en esta gráfica. En donde la mayoría de pacientes que solicita atención, - son canalizados por medio de una institución de gobierno. Lo - cual indica que la mayoría de los padres no dispone de conocimientos básicos sobre desarrollo del niño, que les permita detectar cualquier alteración en sus hijos.

Gráfica No. 12. Calidad de Atención InSaMe.

La proporción en la que se distribuye la consideración de los padres acerca de la calidad de la atención que se le brinda

a sus hijos en el Instituto, se puede observar en esta gráfica. La mayoría de los padres (60%), considera la atención como Muy Buena, el 38% la considera Buena y tan sólo el 2% la considera Deficiente.

Gráfica No. 13. Facilidad Acceso InSaMe.

Es posible observar en esta gráfica, que la mayor parte de los padres de los pacientes (80%), considera de fácil acceso la ubicación del Instituto, y tan sólo el 20% la considera de difícil acceso. Esto posibilita el acudir a tratamiento.

Gráfica No. 14. Asistencia Servicios InSaMe.

Los pacientes que acuden al Instituto reciben una atención multidisciplinaria, es decir, se les envía con los distintos especialistas, según lo requiera el caso. En esta gráfica se observa que la mayor proporción de los pacientes (100%) asiste al servicio de Psicología (C.D.I.), seguido del Servicio de Pediatría (90%). Siendo Terapia Familiar el servicio menos demandado (8%).

Gráfica No. 15. Calidad de Atención Servicios InSaMe.

En esta gráfica se muestra tanto los servicios en los que son atendidos los pacientes, así como la calidad de la atención recibida en cada uno de ellos. En donde se puede ver que la mayor parte de los padres de los pacientes considera la atención brindada a sus hijos como Muy Buena, en los servicios de Neurología (38%), Pediatría (46%) y Psicología (C.D.I.) (60%), los tres servicios con mayor demanda.

Gráfica No. 16. Especialista que informa del problema.

En lo que se refiere al especialista que proporciona información a los padres de los pacientes acerca de la naturaleza de la alteración en el desarrollo de sus hijos, la mayor parte de los padres (40%), refiere que es el psicólogo quien les proporciona la información. Nótese que en el 26% de los casos, los padres refieren que no se les proporcionó información alguna. Esta situación puede ser resultado de la visión fragmentaria de los especialistas, acerca de las alteraciones que se presentan durante el desarrollo del niño, por lo cual no les es posible explicar a los padres de los pacientes, la naturaleza del problema de sus hijos.

Gráfica No. 17. Inicio tratamiento C.D.I.

Al ingresar el paciente al Instituto, se determina los especialistas a los que se interconsultará de acuerdo a la problemática presentada. En el caso de los pacientes que son enviados a Psicología (C.D.I.), la mayor proporción de los padres (40%), informa que el tratamiento de su hijo se inicia una semana después de haber ingresado su hijo al Instituto. En tanto que el 32% de los padres informa que el tratamiento de su hijo en C.D.I., antes del mes de haber ingresado al Instituto.

Gráfica No. 18. Calidad Información C.D.I.

En esta gráfica se muestra que la mayoría de los padres (62%), considera que es suficiente la información que se les proporciona en C.D.I., acerca del problema de sus hijos. y tan sólo el 12% considera que no se le proporcionó información alguna.

Gráfica No. 19. Frecuencia citas C.D.I.

Como se observa en esta gráfica, la mayoría de los pacientes (80%), es citado a su tratamiento en forma mensual. El 18% es citado en forma semanal y tan sólo el 2% es citado en forma trimestral.

Gráfica No. 20. Constancia tratamiento C.D.I.

Esta gráfica muestra la frecuencia con que asisten los pacientes a su tratamiento. Se puede ver que que la mayor parte - de los pacientes (46%), asisten en su totalidad a las citas para tratamiento. La constancia en el tratamiento se refiere al tiempo que permaneció en el mismo hasta antes de suspenderlo en forma definitiva.

Gráfica No. 21. Motivo inasistencia C.D.I.

Entre los motivos principales que se señalan como causa de inasistencia a tratamiento en C.D.I., se encuentra el institucional (32%), seguido de problemas de salud (20%) y problemas - familiares (18%).

Gráfica No. 22. Evolución tratamiento C.D.I.

Según puede ser observado en esta gráfica, en el 74% de - los casos, durante el tratamiento en C.D.I. el problema motivo de consulta se controló. En el 20% de los casos, el problema - continuó, y tan sólo en el 4% de los casos se resolvió.

Gráfica No. 23. Calidad de atención en C.D.I.

En lo que se refiere a la calidad de la atención brindada a los pacientes en C.D.I., en el 46% de los casos se considera

la atención como Muy Buena. En el 38% de los casos, la atención se considera como Buena y en el 16%, se considera deficiente.

Gráfica No. 24. Estado actual del paciente.

La gráfica muestra el estado actual del problema por el cual el paciente solicitó atención en C.D.I. Se observa que en el 66% de los casos, el problema está controlado. En el 22% de los casos, el problema continúa y sólo en el 8% de los casos, el problema está resuelto.

Gráfica No. 25. Necesidad reinicio tratamiento en C.D.I.

La mayoría de los padres dejan de llevar a su hijo a tratamiento, no obstante no haber sido dados de alta. Reconsideran la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I. hasta el momento en que se les visita en su domicilio o se les cita en el Instituto para conocer en el estado en que se encuentra su hijo. La mayoría de los padres (52%), considera necesario reiniciar el tratamiento, el 28% no lo considera necesario y el 20% no sabe si es necesario reiniciarlo.

Gráfica No. 26. Sugerencias para mejorar C.D.I.

Como se puede observar en esta gráfica, en la mayor parte de los casos (40%), las sugerencias para mejorar la C.D.I., se ubican en el rubro otros, en donde se incluye: "El servicio está muy completo", "Estoy muy agusto con el servicio", "Así está funcionando bien", "Son eficaces", varios señalaron no tener sugerencia alguna y el resto se enfoca a necesidades particulares. En el 26% de los casos se sugiere "Atender a la hora de la cita" y en el 20% de los casos se sugiere "Explicar las consecuencias de suspender el tratamiento". Nótese que las

sugerencias señaladas se refieren a aspectos instrumentales de la atención y en muchos casos no se dan sugerencias. Esta situación puede deberse al desconocimiento de los padres acerca del tipo de tratamiento que se les ofrece.

Gráfica No. 27. Apoyo de la familia a la madre.

En lo que se refiere al tipo de apoyo que reciben las madres de los pacientes por parte de su familia de origen, según se observa en esta gráfica, la mayoría de las madres (46%), recibe apoyo emocional para la atención de su hijo. En el 28% de los casos se señala no recibir ningún tipo de apoyo.

Gráfica No. 28. Apoyo del padre a la madre.

En la mayor parte de los casos (66%), las madres informan recibir todo tipo de apoyo por parte de los padres para que se lleve a cabo la atención de su hijo. Sólo en el 20% de los casos, las madres informan no recibir apoyo alguno por parte de los padres de los pacientes para la atención de los mismos. Esta situación es comunmente observada en la consulta diaria.

Gráfica No. 29 Cuidador del paciente

En ocasiones las madres refieren no acudir a tratamiento porque no disponen de ayuda para el cuidado de sus hijos. Esto se observa en esta gráfica, en donde la mayoría de los pacientes (32%), unicamente son cuidados por su madre.

Gráfica No. 30. Accesibilidad costo transporte.

Entre los gastos que los padres tienen que hacer para llevar a su hijo a consulta, se encuentra el costo del transporte al Instituto. En esta gráfica se observa que en el 74% de los -

casos, los padres consideran el costo del transporte al Instituto, accesible para ellos.

Gráfica No. 31. Accesibilidad ubicación InSaMe.

En esta gráfica se muestra la accesibilidad del Instituto con respecto al domicilio de los pacientes. En el 46% de los casos se señala que el Instituto se encuentra retirado del domicilio de los pacientes. En cambio, en el 30% de los casos se señala que el Instituto se encuentra cercano al domicilio de los pacientes y sólo en el 24% de los casos se señala que el Instituto se encuentra muy retirado del domicilio de los pacientes.

Gráfica No. 32. Accesibilidad en el costo de las consultas.

En la gráfica se observa que en la mayoría de los casos (54%), los padres de los pacientes consideran que el costo de las consultas es bajo. En el 46% de los casos, los padres consideran que el costo de las consultas es accesible y en ningún caso se considera el costo de las consultas elevado.

Gráfica No. 33. Instancias consultadas previo InSaMe.

La distribución de las instancias a las que han acudido los padres de los pacientes para atender el problema de su hijos antes de solicitar atención en el Instituto, puede verse en esta gráfica. En donde se observa que en el 50% de los casos se acudió a una institución de gobierno y en el 30% de los casos no se había acudido a ninguna instancia para atender el problema de sus hijos.

Gráfica No. 34. Instancias consultadas actualmente.

En lo que se refiere a las instancias consultadas actualmente por los pacientes que dejaron de asistir a InSaMe, se observa

en esta gráfica que en el 60% de los casos, actualmente no se acude a instancia alguna para atender el problema motivo de consulta al Instituto, no obstante que en la mayoría de los casos, de acuerdo a la información de los padres, el problema de sus hijos no se resolvió durante su tratamiento en C.D.I.

Gráfica No. 35. Dificultades en el tratamiento.

En la gráfica 35 se observa que la mayoría de los padres de los pacientes (66%), señala no haber tenido dificultad para llevar a cabo las indicaciones del tratamiento, las cuales consisten en técnicas de modificación de conducta.

Gráfica No. 36. Motivo suspensión tratamiento.

Las causas por las cuales los padres dejan de llevar a su hijo a tratamiento, pueden ser observadas en esta gráfica. En la mayor parte de los casos (38%), se señalan causas diferentes a las consideradas en la entrevista, identificándose en varios casos entre las principales causas: enfermedad de la madre o cambio de lugar de residencia. Otras de las causas importantes señaladas son: por trabajo (16%), porque consideró que ya estaba bien (12%) y por indicación del especialista (12%).

ANALISIS DE DATOS CON χ^2

Variables	Valor Crítico de χ^2	Valor Computado χ^2	Nivel de Significancia
1. Calidad atención InSaMe vs. Periodicidad citas C.D.I.	0.7110	1.8680	.05
2. Calidad atención InSaMe vs. Calidad atención C.D.I.	0.7110	22.5956	.05
3. Calidad atención InSaMe vs. Estado actual paciente.	1.6300	4.6770	.05
4. Calidad atención InSaMe vs. Dificultades en tratamiento.	1.6300	4.8807	.05
5. Inicio tratamiento C.D.I. vs. Calidad información C.D.I.	12.5910	7.6006	.05
6. Motivo inasistencia C.D.I. vs. Necesidad reiniciar Tx.	5.2200	17.4414	.05
7. Evolución tratamiento C.D.I. vs. Estado actual paciente	3.3200	8.4480	.05
8. Evolución tratamiento C.D.I. vs. Necesidad reiniciar Tx.	1.6300	9.2795	.05
9. Calidad atención C.D.I. vs. Estado actual paciente	1.6300	7.7259	.05
10. Calidad atención C.D.I. vs. Necesidad reiniciar Tx.	0.7110	3.0345	.05
11. Calidad atención C.D.I. vs. Dificultades en tratamiento.	1.6300	11.9931	.05

ANALISIS DE DATOS CON χ^2

Variables	Valor Crítico de χ^2	Valor Computado χ^2	Nivel de Significancia
12. Estado actual paciente vs. Necesidad reiniciar Tx.	1.6300	9.2174	.05
13. Estado actual paciente vs. Dificultades en tratamiento.	3.3200	6.7724	.05
14. Accesibilidad costo transporte vs. Accesibilidad ubicación InSaMe.	0.7110	5.0024	.05

RESULTADOS DEL CRUCE DE VARIABLES.

1. CALIDAD DE ATENCION INSAME VS. PERIODICIDAD CITAS C.D.I.

El 80% de los pacientes, acude en forma mensual a sus citas, encontrándose que aproximadamente por cada uno de estos pacientes que considera la atención en InSaMe como Buena, hay casi dos pacientes que consideran la atención como Muy Buena. Esta relación indica que a pesar de que se atiende a los pacientes en forma mensual, ellos están satisfechos de la atención que se les proporciona.

2. CALIDAD DE ATENCION INSAME VS. CALIDAD DE ATENCION C.D.I.

Se observa que por cada padre que considera la atención en el InSaMe como Buena y en C.D.I. como Muy Buena, diez padres consideran la atención tanto en InSaMe como en C.D.I. como Muy Buena.

3. CALIDAD DE ATENCION INSAME VS. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

El 66% de los padres informan que el problema por el cual llevaron a su hijo a tratamiento a InSaMe, actualmente está controlado, encontrándose en esta relación que por cada padre que considera la atención en InSaMe como Buena y el estado actual del problema, Controlado, existen casi dos padres que consideran la atención en InSaMe como Muy Buena y el estado actual del problema, Controlado. Los resultados indican que a pesar de que no se resolvió el problema del paciente, los padres están satisfechos de la atención.

4. CALIDAD DE ATENCION INSAME VS. DIFICULTADES EN TRATAMIENTO.

La mayoría de los padres (66%), informa no haber tenido

dificultad para llevar a cabo las indicaciones del tratamiento. En proporción, por casi dos padres que consideran la atención en InSaMe como Muy Buena y No tienen dificultad para realizar las indicaciones del tratamiento, un padre considera la atención en InSaMe como Buena y No tiene dificultad para realizar las indicaciones del tratamiento. Este punto es de singular importancia, ya que independientemente de que se llevan a cabo las indicaciones del tratamiento y no se cumple con el objetivo, es decir, la mejoría del paciente, los padres están satisfechos con la atención recibida en InSaMe.

5. INICIO DE TRATAMIENTO EN C.D.I. VS. CALIDAD INFORMACION EN C.D.I.

No existen diferencias entre el inicio del tratamiento en C.D.I. y la información que se proporciona en C.D.I. a los padres acerca del problema de su hijo.

6. MOTIVO DE INASISTENCIA C.D.I. VS. NECESIDAD REINICIAR TRATAMIENTO.

En relación a los motivos de inasistencia a la C.D.I. y la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I., se observa que por cada padre cuyo motivo de inasistencia es escolar y considera necesario reiniciar el tratamiento, existen tres padres cuyo motivo de inasistencia es de carácter institucional y consideran necesario reiniciar el tratamiento. La misma proporción se mantiene en relación al motivo de carácter institucional y el motivo de carácter económico y la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I. En cambio, por cada padre cuyo motivo de inasistencia es de carácter laboral y considera necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I., existen dos padres cuyo motivo de inasistencia es de carácter institucional y consideran necesario reiniciar el tratamiento. Es notorio

que la proporción de padres que informa como motivo de inasistencia a la C.D.I., el motivo de carácter institucional, es mayor en relación a los demás motivos referidos y la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I., es decir, que a pesar de que en ocasiones no se lleva a cabo el tratamiento del paciente debido a factores institucionales, los padres consideran necesario reiniciar el tratamiento.

7. EVOLUCION TRATAMIENTO EN C.D.I. VS. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

Por un padre que informa que durante el tiempo que asiste su hijo a tratamiento en C.D.I., el problema empeoró y que actualmente el problema está controlado, existen casi tres padres que informan que el problema continúa durante el tratamiento en C.D.I. y que actualmente el problema está controlado, y existen nueve padres que informan que durante el tiempo que asiste su hijo a tratamiento en C.D.I., el problema se controla y actualmente el problema está controlado. Sin embargo, por un padre que informa que durante el tiempo que asiste su hijo a tratamiento en C.D.I., el problema continúa y actualmente el problema continúa, existen cuatro padres que informan que durante el tiempo que asiste su hijo a tratamiento en C.D.I., el problema se controla y actualmente el problema continúa. Por lo que se concluye que en la mayor parte de los casos el problema se controló pero no se resolvió.

8. EVOLUCION TRATAMIENTO EN C.D.I. VS. NECESIDAD DE REINICIAR TRATAMIENTO.

Aproximadamente por cada padre que informa que durante el tratamiento de su hijo en C.D.I., el problema continúa y considera necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I., existen cuatro padres que informan que durante el tratamiento de su hijo -

en C.D.I., el problema se controla y considera necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I. En cambio de los padres que consideran que no es necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I., la proporción es de tres padres que informan que el problema de su hijo se controla durante el tratamiento en C.D.I., por un padre que informa que el problema de su hijo continúa durante el tratamiento en C.D.I. Es decir, que es mayor la proporción de padres que consideran necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I., a pesar de durante el tiempo que asistió a tratamiento en C.D.I. su hijo, su problema no se resolvió.

9. CALIDAD DE ATENCION EN C.D.I. VS. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

Proporcionalmente, por cada padre que considera deficiente la atención en C.D.I. y que el problema de su hijo actualmente está controlado, existen tres padres que consideran la atención en C.D.I. como Buena y que el problema de su hijo actualmente está controlado y cuatro padres que consideran la atención en C.D.I. como Muy Buena y que el problema de su hijo actualmente está controlado. Por lo que se concluye que aunque el problema del paciente no se resolvió, durante el tratamiento los padres pudieron aprender estrategias que les han ayudado a manejar el problema.

10. CALIDAD DE ATENCION EN C.D.I. VS. NECESIDAD DE REINICIAR EL TRATAMIENTO EN C.D.I.

Existen diferencias en cuanto a la calidad de la atención en C.D.I. y la necesidad de reiniciar el tratamiento del paciente en C.D.I. Proporcionalmente por cada padre que considera la atención Deficiente, así como la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I., existen casi dos padres que consideran la -

atención como Buena, así como la Necesidad de reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I. y, hay casi tres padres que consideran la atención como Muy Buena, así como la Necesidad de reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I. En cambio, por cada padre que informa que la atención es Deficiente y que No considera necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I., hay dos padres que informan que la atención es Buena, pero No consideran necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I. y, cuatro padres que informan que la atención es Muy Buena, pero No consideran necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I. Se puede concluir que el 52% de los padres considera necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en C.D.I., independientemente de la calidad de la atención recibida en C.D.I.

11. CALIDAD DE ATENCION EN C.D.I. VS. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO.

El 66% de los padres informa que no tuvo dificultad para cumplir con las indicaciones del tratamiento, encontrándose en esta relación que por cada padre que informa que la atención en C.D.I., es Deficiente y que No tuvo dificultad para cumplir con las indicaciones del tratamiento, existen tres padres que informan que la atención en C.D.I. es Buena y que No tuvieron dificultad para cumplir con las indicaciones del tratamiento y, hay cuatro padres que informan que la atención en C.D.I., es Muy Buena y que No tuvieron dificultad para cumplir con las indicaciones del tratamiento. Este punto es de importancia, ya que el tratamiento en C.D.I. consiste en adiestrar a los padres de los pacientes en técnicas de modificación de conducta para el manejo de los problemas conductuales de sus hijos y se les solicita la elaboración de registros de conducta. De acuerdo a la información de este cruce de variables, el que los padres cumplan con las indicaciones del tratamiento no depende de la

calidad de la atención. De lo anterior, se concluye que debido a que las técnicas de modificación de conducta se basen en indicaciones específicas, a los padres de los pacientes les es fácil llevarlas a cabo.

12. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE VS. NECESIDAD DE REINICIAR EL TRATAMIENTO EN C.D.I.

En relación al estado actual del paciente y la necesidad de reiniciar el tratamiento en C.D.I., se observa que por cada padre que informa que actualmente el problema de su hijo Empeoró y que considera Necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I., hay cuatro padres que informan que actualmente el problema de su hijo, Continúa y consideran Necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I. y, existen ocho padres que informan que actualmente, el problema de su hijo está Controlado y consideran Necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I. los resultados indican que el 32% de los padres informan que el problema de su hijo actualmente está controlado y que consideran necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I. Esto llama la atención, ya que la mayoría de los padres entrevistados, acudieron al Instituto porque se les citó para llevar a cabo esta investigación y no acudieron por iniciativa propia, no obstante, según lo informan, consideran necesario reiniciar el tratamiento en C.D.I.

13. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE VS. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO.

Los resultados muestran que existen diferencias en cuanto al estado actual del paciente y el cumplimiento en las indicaciones del tratamiento, ya que en proporción, por cada padre que informa que durante el tratamiento en C.D.I, No tuvo dificultad para cumplir con las indicaciones y que el problema de su hijo actualmente está resuelto, existen casi tres padres

que informan que durante el tratamiento en C.D.I., no tuvieron dificultad para cumplir con las indicaciones y que el problema de su hijo actualmente continúa, y hay casi siete padres que informan que durante el tratamiento en C.D.I., no tuvieron dificultad para cumplir con las indicaciones y que el problema de su hijo actualmente está controlado. Se concluye que a pesar de que el 66% de los padres que informaron haber llevado a cabo las indicaciones del tratamiento, sólo en el 40% de los casos el problema de su hijo actualmente está controlado y en el 6% de los casos el problema de su hijo actualmente está resuelto. Esto nos indica que las técnicas conductuales ayudan para el manejo de los problemas conductuales en los niños, pero no los resuelven.

14. ACCESIBILIDAD DEL COSTO DEL TRANSPORTE VS. ACCESIBILIDAD UBICACION INSAME.

En relación al costo del transporte y la ubicación del Instituto, se observa que por cada padre que considera que el costo del transporte de su domicilio al InSaMe es Bajo, a pesar de que su domicilio está retirado del Instituto, existen seis padres que consideran que el costo del transporte de su domicilio al InSaMe, es Accesible, a pesar de que su domicilio está retirado del instituto. Es decir, la mayoría de los padres (74%), considera accesible el costo del transporte de su domicilio al InSaMe, independientemente de la ubicación de su domicilio.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El objetivo de esta tesis respode a la necesidad que surgió dentro de mis actividades profesionales en el InSaMe-DIF, de evaluar el Programa Clínica de Desarrollo Infantil. Al realizar esta actividad, se puso en evidencia una de las carencias con que salen los psicólogos egresados de la Universidad, mostrando tanto lo limitado de nuestra formación como el desfaseamiento que hay entre las necesidades sociales y el contenido de la curricula universitaria.

Como resultado de esta investigación se hace evidente que al psicólogo durante su formación, no se le capacita para diseñar y evaluar programas. El Programa Clínica de Desarrollo Infantil fué puesto en operación en el año de 1982 y hasta la fecha no se había realizado una evaluación del mismo. En la evaluación que se realizó de este programa, motivo de esta tesis, se encontró que presenta muchas fallas desde el punto de vista conceptual y metodológico, las cuales se describirán a continuación.

Cabe señalar que la evaluación de este programa se realizó de acuerdo a los lineamientos de la Investigación Evaluativa, para evaluar programas sociales (Weiss, 1991), tomando como base los objetivos fundamentales de este tipo de evaluación: 1) Medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia de un programa y 2) Facilitar el proceso de toma de decisiones.

Es importante mencionar también, que las características del programa afectarán a la clase de evaluación que pueda hacerse del mismo.

De acuerdo a las anteriores consideraciones, la evaluación se llevó a cabo mediante la clasificación, definición y observación de las partes componentes del programa: su actividad,

estructura, enfoque conceptual y participantes. De acuerdo a Weiss (1991), esta estrategia es muy importante, ya que cada uno de estos elementos podrá afectar a los resultados.

En cuanto a su actividad, el Programa C.D.I. contempla acciones de asistencia, investigación y enseñanza, está dirigido a niños de 0 a 5 años de edad, que presentan alguna alteración o riesgo de padecerla durante su desarrollo.

En lo que se refiere a su estructura, en el programa no se establecen metas, por lo que no es posible evaluar la congruencia de las metas con el contenido del programa. Además, en el contenido del programa se contemplan cinco etapas a través de las cuales se llevará a cabo la atención del niño: 1) Evaluación Conductual Inicial, 2) Estrategias de Intervención, 3) Tratamiento, 4) Evaluación Conductual Final y 5) Seguimiento, y según se señala en el programa, estas etapas "conforman la metodología para el estudio del niño, la cual permite una evaluación integral de los componentes o áreas que conforman el desarrollo infantil". En las etapas mencionadas no están contemplados los aspectos biológicos, afectivos y sociales que intervienen en el desarrollo infantil y por lo tanto no es posible a través de ellas realizar una evaluación integral del niño como se señala en el programa. Por otra parte, se mencionan objetivos a cubrir en cada una de las etapas señaladas pero los objetivos no se especifican, únicamente se describen las actividades mediante las cuales se lograrán los objetivos, las actividades no son claras y no se establece tiempo de logro de los objetivos. También aparecen enumerados en el programa, objetivos y actividades de asistencia, de enseñanza y de investigación, los cuales son muy generales. No hay una articulación clara entre los componentes del programa. Briones (1991), señala que la claridad de los objetivos permite tener una idea de cuales son los cambios que se desea producir y quienes serán los beneficiarios de tales cambios.

En relación al enfoque en el que se basa el Programa C.D.I., cabe señalar que a pesar de que se establece en el mismo, el enfoque conductual como marco teórico conceptual, para el diseño del programa se parte de conceptualizaciones teóricas sobre desarrollo infantil de Gesell y Piaget, evolucionista y constructivista respectivamente y no de conceptualizaciones derivadas del enfoque conductual.

El propósito de esta evaluación, no es poner a prueba el enfoque de la orientación teórica en la que está basado el Programa C.D.I.. Sin embargo, como es señalado por Weiss (1991), en la búsqueda de mejoramientos para las estrategias y técnicas del programa, se llevan a cabo indagaciones respecto de las premisas teóricas contempladas en el mismo, ya que si se considera que los programas dañan buenos resultados porque satisfagan necesidades, influyan en procesos o pongan en movimiento conjuntos de acontecimientos, tiene que haber alguna razón, alguna justificación teórica en base a la cual se espere que un programa tenga éxito.

En la presente investigación se encontró que en la mayoría de los casos, las técnicas conductuales únicamente ayudaron para que se controlara el problema motivo de consulta a C.D.I., pero no resolvieron el problema. Una situación similar prevalece en la consulta externa de la C.D.I., en donde diariamente se reciben pacientes enviados por las guarderías, centros de desarrollo infantil o escuelas de educación preescolar, con la demanda de que a la brevedad posible, se resuelvan los problemas de conducta que presentan estos niños, y en algunos casos se señala que se suspenderá el servicio que brindan dichos centros a estos niños, si continúan sus problemas de conducta. En algunos casos se ha tratado con éxito el problema de conducta en los niños, mediante la aplicación de las técnicas de modificación de conducta, pero en otros casos, el problema de conducta en los niños ha

continuado a pesar de la aplicación de estas técnicas.

Por otra parte, en relación al cumplimiento de los objetivos de las etapas para llevar a cabo la atención del niño, como ya se mencionó éstos no están especificados, únicamente se describen las actividades que se realizarán en cada una de las etapas del programa, en las cuales según se observa en el programa, están implícitos los objetivos. De esta forma no es posible evaluar los objetivos y por lo tanto para los efectos de la evaluación se tomaron en cuenta el cumplimiento de las etapas en la atención al niño. De acuerdo a la evaluación se observó que con la mayoría de los pacientes se llevaron a cabo las etapas I) Evaluación Conductual Inicial, II) Estrategias de Intervención y III) Tratamiento, pero no se realizaron las etapas IV) Evaluación Conductual Final y V) Seguimiento, ya que los pacientes dejaron de asistir a la Clínica de Desarrollo Infantil. A este respecto Schuman (1969), señala: "Si el programa no tiene éxito, la razón de ello recae en una de dos categorías generales; o bien, no activó el "proceso causal" que habría culminado en las metas deseadas (es ésta una falla del programa); o bien, tal vez haya puesto en movimiento el presunto "proceso causal", pero el proceso no "causó" los efectos deseados (es ésta una falla de la teoría)". como se puede observar en la evaluación del presente programa, se activó el "proceso causal", puesto que con la mayoría de los pacientes se llevaron a cabo las Etapas I, II y III, pero el proceso no causó los efectos deseados, ya que no se realizaron con los pacientes las Etapas IV y V del programa porque éstos dejaron de asistir.

En cuanto a la determinación de las medidas para estimar los resultados de la evaluación del Programa C.D.I., se tomó en cuenta la función asistencial por ser el InSaMe-DIF una institución del Sector Salud. Briones (1991), señala que: "la determinación de las medidas que resultan útiles para estimar los

resultados de la evaluación depende de las intenciones del programa. En el caso de la evaluación de un programa institucional, uno de sus focos principales de atención está constituido por las funciones que ella debe cumplir".

De acuerdo a lo anterior, para estimar los resultados de la evaluación del Programa C.D.I., se elaboró una entrevista con el propósito de medir los efectos del programa en los usuarios del mismo, la información se recabó con los padres de los pacientes debido a que el programa está dirigido a niños que se encuentran en el rango de edad de 0 a 5 años y por lo tanto, el paciente y sus padres participan en el programa.

En la Investigación Evaluativa se señala la importancia de tomar en cuenta las variables del programa, entre las que se consideran las variables de insumo y las variables intercurrentes, las cuales muestran la gama de elementos que abarca el programa, hacen aportaciones para el análisis que se propone establecer, permiten observar los efectos de los componentes del programa y proporcionan una clave acerca de como está funcionando el programa.

Por lo tanto, en la entrevista elaborada para la evaluación de este programa, se medían las siguientes variables de insumo: Edad y sexo del paciente, motivo de consulta, edad de los padres, nivel socioeconómico de la familia, actitudes respecto del programa, motivación para la participación, actitudes de otros miembros de la familia con relación al programa y grado de apoyo ofrecido por la familia para los fines que se persiguen en el programa. Weiss (1991), menciona que las características de los participantes pueden clasificarse como variables de insumo.

Así mismo, las variables intercurrentes consideradas en -

la entrevista fueron: frecuencia de la exposición, grado de coordinación en los servicios, grado de oportunidad para practicar nuevas pautas de conducta y grado de participación de los usuarios.

Es importante señalar que no se encontró algún tipo de medida que hubiese demostrado ser de utilidad para la evaluación de programas preventivos en el Area de Desarrollo Infantil, lo cual probablemente se relaciona con el hecho de que en nuestro país, la evaluación de programas preventivos es una actividad que rara vez se realiza en las instituciones. Por tal motivo, fué necesario elaborar un instrumento para realizar la evaluación de este programa, lo cual es una tarea compleja ya que requiere de mucho tiempo para conceptualizar, definir y revisar los reactivos, así como para pilotear el instrumento. Además es necesario tomar en cuenta que este instrumento es resultado de seis años de experiencia trabajando en la Clínica de Desarrollo Infantil, durante los cuales se ha podido observar los factores más relevantes involucrados en el desarrollo del niño y su atención, así mismo, es un instrumento pionero en la materia y por lo tanto, es una experiencia que podrá servir de base para la elaboración y perfeccionamiento de otros instrumentos que puedan utilizarse en la evaluación de programas de prevención en el Area de Desarrollo Infantil.

Con base en las consideraciones expuestas y tomando en cuenta el primer objetivo de la Investigación Evaluativa que se refiere a: 1) Medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia de un programa, en la presente investigación se encontró que el Programa Clínica de Desarrollo Infantil, no es idóneo, ya que no contribuyó a resolver el problema que lo originó puesto que el propósito de la creación de este programa era promover la investigación en el Area de Desarrollo

Infantil, lo cual hasta el momento no se ha podido realizar debido al elevado índice de deserción, al no poder llevar a cabo un seguimiento de los casos, se limitan las acciones de investigación. Así mismo se pudo observar que el programa no es efectivo, ya que sus actividades y tareas no lograron alcanzar el objetivo del mismo, porque como ya se mencionó, a la mayoría de los pacientes no se les aplicó las cinco etapas del programa debido a que dejaron de asistir a la C.D.I.. Por último, el grado de eficiencia del programa es bajo puesto que la tasa de deserción fue del 92% en la población evaluada. Lo anterior puede ser observado en las conclusiones que se mencionan a continuación:

A) FACTORES INSTITUCIONALES.

Los pacientes que asisten a la Clínica de Desarrollo Infantil, en su mayoría reciben atención en los servicios de Neurología y Pediatría, sin embargo los padres refieren que es el Psicólogo el especialista que les informa la naturaleza del problema de su hijo, motivo de consulta a la institución. Esto muestra que en la institución, se aborda al paciente de manera fragmentaria, como resultado de la falta de comunicación entre las distintas disciplinas, ya que cada especialista toma en cuenta algunos aspectos del problema del niño pero descuida otros, debido a que la competencia y el celo profesional dificultan la cooperación y comunicación entre las distintas disciplinas.

De lo anterior se desprende la necesidad de promover la comunicación entre las distintas disciplinas a través del trabajo interdisciplinario, para que los diferentes especialistas que atienden al niño, actúen en forma coordinada, aportando cada uno su propio enfoque y soluciones, de tal manera que se pueda llevar a cabo el estudio integral del niño, con el consiguiente beneficio tanto para el niño como para su familia.

En relación a la información que reciben la mayoría de los padres acerca de la naturaleza del problema de su hijo, motivo de consulta a C.D.I., se considera satisfactoria la información proporcionada por el psicólogo. En la Etapa I del programa está contemplado realizar al paciente la historia de su desarrollo, así como, una evaluación conductual y una evaluación con una escala de desarrollo o una escala de inteligencia, para poder determinar la naturaleza de su problema. De este modo, el psicólogo está en posibilidad de proporcionar a los padres, información suficiente acerca del problema de su hijo.

Con respecto al tratamiento, en la mayoría de los casos se brinda con una periodicidad mensual, se llevan a cabo las indicaciones del mismo y hay constancia de los padres en la asistencia, a excepción de que las ocasiones en las que no se asiste, es por motivos de carácter institucional. Sin embargo, durante el tiempo que asiste el paciente a tratamiento, el problema únicamente se controla, no se resuelve, según informan los padres. Cabe señalar que en la mayoría de los casos, el tratamiento es interrumpido porque los padres dejan de asistir a C.D.I. Lo cual muestra que se cumplen la Etapa II, Estrategias de Intervención y la Etapa III, Tratamiento, pero no se cubrieron la Etapa IV, Evaluación Conductual Final y la Etapa V, Seguimiento.

En cuanto a la calidad de la atención en C.D.I., la mayoría de los padres consideran que la atención es Muy Buena, no obstante no haberse resuelto el problema de su hijo, motivo de consulta, durante el tiempo que asistieron a C.D.I., a pesar de su constancia en la asistencia y haber cumplido con las indicaciones del tratamiento, faltando únicamente por motivos de carácter institucional. Esto refleja la actitud de conformismo que generalmente asumen los usuarios de los servicios del Sector Salud, al aceptar lo que las instituciones les ofrecen, ya que sus expectativas son cubiertas con el solo hecho de que se

les proporcione la atención, aunque no se les resuelva su problema. Además se muestra que en el campo de la Salud Mental aún existe mucho desconocimiento en la comunidad, acerca de lo que significa salud mental así como la naturaleza de los tratamientos en este campo.

Por otra parte, se encontró que en la mayoría de los casos, el motivo de deserción se relaciona con causas de carácter personal de los padres, entre los principales se identifican, enfermedad de la madre y cambio de lugar de residencia. Otra causa señalada que se considera importante es "por trabajo", es decir, la imposibilidad de los padres de llevar a su hijo a tratamiento por tener que atender compromisos laborales.

Por último, la consideración de reiniciar el tratamiento en C.D.I., se plantea en la mayoría de los casos, no obstante que el problema actualmente está controlado y no se asiste o se ha asistido a instancia alguna para su atención. El problema motivo de consulta a C.D.I, se encuentra en el mismo estado que cuando se interrumpió el tratamiento, sin embargo los padres no habían buscado alternativa alguna para la atención de su hijo. La decisión de reiniciar el tratamiento se plantea hasta el momento en que se contacta a los padres para realizar la entrevista, lo cual se considera que puede estar relacionado con dar una respuesta socialmente aceptada, ya que es por parte de la institución que se recaba esta información. Sin embargo, al mismo tiempo se evidencia, el desconocimiento de los padres acerca de las repercusiones que puede tener en el desarrollo del niño, el que no se atiende oportunamente cualquier alteración que presente durante sus primeros años de vida.

Con base a lo anteriormente expuesto, se concluye que los Factores Institucionales no afectan la asistencia a la Clínica de Desarrollo Infantil.

B) FACTORES FAMILIARES.

En el Programa C.D.I., no se toman en cuenta los factores familiares, aunque se señala entre los objetivos de asistencia: "brindar atención a los problemas de la relación materno infantil", pero no se profundiza al respecto. La importancia de que los factores familiares sean tomados en cuenta al elaborar un programa preventivo en el Area de Desarrollo Infantil, recae en el hecho de que la familia puede contribuir a la presentación del problema en el niño, o incluso, a la interrupción del tratamiento.

En esta investigación se encontró que la mayoría de los padres se encuentran en la etapa de adulto joven, están casados y el padre brinda apoyo emocional, económico y social a la madre para la atención de su hijo. Así como que, la mayoría de las madres, refieren recibir apoyo emocional de su familia de origen, para la atención de su hijo y en la mayoría de los casos, son las madres las únicas personas encargadas del cuidado del paciente.

Es interesante observar que a pesar de que la mayoría de las madres refieren recibir de su conyuge, todo tipo de apoyo para la atención de su hijo, el tratamiento no se lleva a su término, y es la madre la única que acude al Instituto, cuando se cita a ambos padres para conocer la evolución del paciente así como realizar la entrevista. Esta situación es corroborada en la consulta externa, en donde diariamente se observa que desde la consulta de primera vez, la madre y el paciente acuden sin la compañía del padre y a pesar de que los especialistas solicitan la asistencia de ambos padres a la consulta, en muchos casos, las madres refieren que el padre del paciente se niega a asistir al Instituto e incluso en ocasiones, se opone a que se lleve a su hijo a consulta.

En la presente investigación no se cuenta con información acerca de la dinámica de la familia de los pacientes, lo cual es un aspecto importante, ya que como se mencionó anteriormente, puede determinar la permanencia del paciente en el tratamiento. Las respuestas proporcionadas por las madres en cuanto al apoyo que reciben de su conyuge y familia de origen para que su hijo reciba atención, pueden estar relacionadas con dar una respuesta socialmente aceptada.

De acuerdo a la información recabada en esta investigación, se concluye que los factores familiares no propician la deserción de los pacientes. Para investigaciones futuras, se considera importante profundizar en las relaciones familiares del paciente, por la influencia que tienen tanto en la evolución del problema como en la posibilidad de que se atienda el mismo.

C) FACTORES SOCIALES.

Otro aspecto que es necesario tomar en cuenta en el trabajo asistencial con niños, son las características socioeconómicas de sus familias. En lo que se refiere a este aspecto, los resultados más importantes son:

La mayoría de las familias de los pacientes, está clasificada en la categoría socioeconómica baja, que corresponde a la población con menos recursos. La población es heterogénea en cuanto al grado de escolaridad de los padres de los pacientes, ya que la mayoría de las madres cuentan con un nivel de escolaridad entre primaria completa y estudios técnicos y los padres tienen un nivel de escolaridad entre secundaria completa y licenciatura completa. La mayoría de las madres se dedican al hogar y la mayoría de los padres laboran como empleados.

Es importante señalar que a pesar de que la mayoría de las familias de los pacientes, está clasificada en la categoría

socioeconómica baja y que el único ingreso a la economía familiar es el del padre, ya que como se puede observar en la gráfica 9, la mayoría de las madres se dedican al hogar, los padres consideran el costo del transporte de su domicilio al instituto, accesible, independientemente de lo retirado que vivan, así mismo, consideran el costo de la consulta bajo.

Otro aspecto interesante que hay que considerar es el que en nuestro país es frecuente que la responsabilidad del cuidado de los hijos es depositada en las madres, lo cual es observado en el hecho de que en la mayoría de los casos que se entrevistó, fué la madre la que acudió al Instituto y en la consulta externa diaria, es la madre la única que acompaña al paciente. De ahí que se considere que la actitud de las madres hacia el tratamiento del paciente en C.D.I., se relaciona con el nivel de escolaridad de las mismas. La mayoría de las madres entrevistadas cuentan con limitados recursos educativos, lo cual se refleja en el hecho de que acuden al Instituto enviadas por una institución y no por iniciativa propia, además de que en muchos casos se observó que no se había buscado alternativa para atender el problema del paciente, a pesar de que a las madres se les proporcionó información acerca de la naturaleza del problema de su hijo durante el tiempo que asistieron a la C.D.I., y no obstante, que el problema motivo de consulta al Instituto no se había resuelto, dejaron de asistir a la C.D.I.

De acuerdo a las consideraciones expuestas, se concluye que los factores sociales propician la deserción de pacientes de la C.D.I.

D) ELEMENTOS SUSCEPTIBLES DE CORREGIRSE PARA MEJORAR LA CLINICA DE DESARROLLO INFANTIL.

Otra de las interrogantes planteadas en esta investigación,

se refiere a los elementos que son susceptibles de corregirse para mejorar la C.D.I.. A este respecto se encontró que en la mayoría de los casos, no se da sugerencia alguna, unicamente los padres señalan que el servicio "es bueno" o "así funciona bien". Esto muestra el desconocimiento que tienen los padres acerca de lo que pretende realizar el programa, lo cual no se les explicó claramente, pero también muestra una actitud de conformismo y aceptación acerca de lo que las instituciones ofrecen a sus usuarios.

E) TIPO DE PROBLEMAS DE DESARROLLO QUE SE VEN MAS AFECTADOS POR LA INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO.

En esta investigación se observa que el tipo de problemas de desarrollo que se ven más afectados por el hecho de que los padres interrumpen el tratamiento, son los problemas de conducta, el espasmo del sollozo y los problemas de lenguaje, siendo estos tres, los principales motivos de consulta, tanto en la población estudiada como en la casuística mensual de la C.D.I. Estos problemas, como cualquier otro tipo de problema que se presenta durante los primeros años de vida del niño, deben atenderse oportunamente para evitar que se compliquen o se agraven.

Por último, en relación al segundo objetivo de la Investigación Evaluativa, que se refiere a 2) Facilitar el proceso en la toma de decisiones, se concluyó lo siguiente:

1. El programa debe de tener un enfoque social y preventivo en lugar de un enfoque individual y correctivo, en el que se enfatice la importancia de la detección oportuna y continua en vez de limitarse al ejercicio de una posición rehabilitadora.

Debido a que se ha observado que muchos de los problemas de

salud mental infantil son condicionados en gran medida por factores psicológicos, sociales, económicos y culturales, surge la necesidad de brindar una mayor atención a estos factores, lo cual permitirá abordar al niño en su contexto y realizar acciones de prevención más apegadas a la realidad.

Para lo cual resulta indispensable sensibilizar sobre estos factores que pueden condicionar alteraciones en el desarrollo del niño, al grupo de especialistas que colaboran en su atención. Esta tarea es posible llevarla a cabo mediante el Modelo Interdisciplinario, ya que a través del trabajo conjunto se puede lograr una participación de los especialistas más activa y consciente, en la que se tome en cuenta las características de la población a la que se atiende.

2. Es necesario mejorar la efectividad del Programa C.D.I.

Los objetivos deben ser claros y concisos, las metas del programa especificarse así como el tiempo de logro de ambos. Tanto los objetivos como las metas deben determinarse a partir del contexto y las necesidades reales del niño.

Por ello resulta importante evaluar las expectativas de los padres acerca de lo que esperan del tratamiento que se le ofrece a su hijo y posteriormente explicarles los objetivos del tratamiento y el tiempo de logro de los mismos. Esto permitirá determinar si la interrupción del tratamiento se relaciona con las expectativas poco realistas de los padres o con la inefectividad de las actividades y tareas del programa para alcanzar los objetivos y metas del mismo.

Esta consideración se basa en el hecho de que frecuentemente se observa en la consulta externa de la C.D.I., que un gran número de pacientes es enviado por las escuelas, debido a

los problemas de conducta que presentan, en estos casos los padres acuden con la solicitud de que se atienda el problema del paciente para evitar su suspensión o expulsión de la escuela. No les interesa que se investigue la causa del problema del niño para beneficio del mismo, y no obstante de sensibilizarlos sobre las causas del problema y la necesidad de su atención, los padres refieren no tener disponibilidad de tiempo para asistir en forma semanal, solicitando que las consultas se les otorguen en forma mensual, y en ocasiones, en el momento que se les extiende una constancia de que están siendo atendidos en el Instituto, ya no regresan a su consulta subsecuente.

3. Se debe aumentar la eficiencia interna del programa.

Relacionado con el punto anterior, se encuentra el índice de productividad del programa, el cual es muy bajo, como puede ser observado en las conclusiones. Una forma de incrementar la eficiencia del programa C.D.I., es el establecimiento de criterios de inclusión para determinar los pacientes que serán objeto de seguimiento, lo cual permitirá contar con poblaciones que aporten datos para la investigación.

La selección de los pacientes a partir de determinadas características, entre las que se consideran el interés y compromiso de los padres para participar en el tratamiento y seguimiento de la evolución de su hijo, permitirá realizar una labor preventiva mediante metas limitadas pero accesibles, ya que como se señaló en las conclusiones de esta investigación, los principales motivos por los cuales los padres dejan de traer a su hijo a tratamiento se relacionan con factores familiares y socioeconómicos. Si bien no es posible transformar a la sociedad para poder realizar una labor preventiva en el campo de la salud mental, la selección de pacientes para seguimiento permite perseguir metas limitadas pero accesibles.

4. Mejorar las prácticas o procedimientos del Programa C.D.I.

Debido a que el Programa C.D.I. está dirigido a niños de 0 a 5 años de edad, la participación de los padres es indispensable. Como se pudo observar en la investigación, la actitud de los padres hacia su participación en el tratamiento de su hijo, va a depender de factores culturales, educativos y sociales, lo cual puede ser observado en el hecho de que a algunos padres les ayudo el aprender técnicas de modificación de conducta para poder manejar el problema de conducta de su hijo, sin embargo otros padres señalaron que no consideraban claras estas técnicas, otros más, no estuvieron de acuerdo con llevarlas a cabo y algunos padres argumentaron que no tenían tiempo para aplicarlas porque no estaban todo el día con su hijo. Esta situación también es observada en el trabajo asistencial diario. Es por ello que se considera necesario para el Programa C.D.I., tomar en cuenta niveles de intervención y los enfoques que permitan realizar dichas intervenciones, para que se puedan realizar acciones de prevención más apegadas a la realidad, a través de poder involucrar a los padres en el tratamiento.

Por consiguiente, se requiere utilizar además del enfoque conductual, un enfoque que integre la serie de factores que intervienen en el desarrollo del niño y por esto se considera que el enfoque holista de Henri Wallon es el apropiado.

Henri Wallon llegó a su concepción genética y dialéctica de la psicología, que tiene como base la unidad indisoluble de lo biológico, lo psíquico y lo social, a través de sus estudios de Doctor en Medicina, Doctor en Letras, Psiquiatría Infantil, desarrollo normal y patológico, manejo de niños inadaptados, con deficiencias intelectuales, con deficiencias sensoriales y niños hospitalizados. De ahí que su perspectiva del desarrollo, pueda ser utilizada tanto en el ámbito pedagógico como en el clínico, ya -

que permite evaluar al niño en el contexto de su propio desarrollo, al considerar sus características orgánicas, su nivel de madurez, su medio psicosocial y sus relaciones afectivas en el núcleo familiar. A partir de esta teoría se ha desarrollado una técnica de tratamiento denominada Educación Psicomotriz, la cual puede ser utilizada en el trabajo asistencial.

Uno de los exponentes de esta técnica es el Dr. Le Boulch (1977), quien señala: "La Educación Psicomotriz propone analizar el problema del niño, educar sistemáticamente las diferentes conductas motrices y psicomotrices, con el fin de facilitar la acción de las diversas técnicas educativas, permitiendo así una mejor integración escolar y social, ya que el dominio corporal es el primer elemento del dominio del comportamiento". Las características de la Educación Psicomotriz son:

- Tiene por punto de partida el desarrollo psicobiológico del niño.
- Considera al niño como una unidad y se propone rehacer las etapas de su desarrollo psicomotor perdidas.
- Tiene unos fines precisos de readaptación y busca:
 - a) Normalizar o mejorar el comportamiento en general.
 - b) Facilitar los aprendizajes escolares.
 - c) Preparar la educación de las capacidades que se solicitarán en el aprendizaje.
- Tiene puntos de contacto con los métodos activos, ya que pretende, hasta donde sea posible, la autonomía del niño.

Así mismo la Educación Psicomotriz permite que los padres - se involucren en el programa a través de su participación directa, activa y paralela al mismo, ya que a través de la información y - preparación que se les proporciona, podrán propiciar oportunidades en el hogar que favorezcan el desarrollo de su hijo. La participación de los padres garantiza un efecto congruente y duradero por su contribución en el desarrollo afectivo y cognoscitivo - del niño, además de que si los padres sienten que están participando de manera significativa en el desarrollo de su hijo, esto permitirá que la relación padres-hijo sea de mejor calidad.

Con base en lo anterior, se concluye que en el estudio del niño van a estar íntimamente relacionados los aspectos médicos, - psicológicos y pedagógicos y que no es posible hacer una separación de los mismos, por ello la Teoría del Desarrollo de Wallon - puede orientar las actividades tanto en el ámbito clínico como - pedagógico.

LIMITACIONES.

Entre las limitaciones de esta investigación se considera - lo limitado de la muestra, debido a la carencia de recursos humanos y económicos, por este motivo a la mayoría de los pacientes se les contacto por teléfono para solicitar su asistencia al Instituto y realizarles la entrevista, lo cual seza la población. Se considera conveniente para investigaciones futuras, depurar - más los datos de esta investigación y realizar un estudio de - campo directamente en la comunidad.

Otra información que se considera importante y a la cual no se tuvo acceso, es la relacionada con la dinámica familiar así - como aquella información complementaria de las escuelas y otras instituciones, que proporcionara más datos acerca de la influencia de los factores familiares y sociales en el problema de los niños que solicitaron atención en la C.D.I. Es necesario profundizar sobre estos aspectos en investigaciones futuras.

Es importante mencionar que no se llevó a cabo una evaluación del personal profesional que participó en el programa, debido a que la mayor parte de los psicólogos que trabajaron con la población evaluada ya no laboran en la C.D.I., renunciaron y por ello no fué posible evaluarlos.

Por último, cabe señalar que la evaluación de la infraestructura administrativa no se realizó por no tener acceso a la información sobre recursos financieros, por no contar el programa con manuales de operación y capacitación y porque el material con el que se cuenta en C.D.I., está constituido por una Escala de Desarrollo de Gesell y una Escala de Inteligencia Stanford - Binet, Forma L-M.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguirre Zozaya, F. (1976). "Conceptos, Objetivos y Cambio de Acción de la Medicina Preventiva". Medicina Preventiva. IMSS. No. 4. P. 23.
2. Atkin, L.; Supervielle, T.; Sawyer, R.; Canton, P. (1987). Paso a Paso: Cómo Medir el Crecimiento y Desarrollo de los Niños. México: UNICEF/PAX.
3. Bijou, S.W. y Ribes, E. (1978). Modificación de Conducta. México: Editorial Trillas. P. 96.
4. Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1980). Psicología del Desarrollo Infantil. México: Editorial Trillas. Vol. I. P. 17.
5. Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1982). Psicología del Desarrollo Infantil. México: Editorial Trillas. Vol. II.
6. Briones, G. (1991). Evaluación de Programas Sociales. México: Editorial Trillas.
7. Corsini, R.J. (1985). Current Psychotherapies. U.S.A.: F.E. Peacock Publishers, Inc. P. 264.
8. Craig, J.R.; Metze, L.P. (1982). Métodos de la Investigación Psicológica. México: Editorial Interamericana.
9. De la Fuente, R. (1980). "La Prevención y la Intervención Temprana en los Desordenes Mentales de los Niños en los Programas de Salud Mental. Salud Mental. Vol. 3. No. 3. P. 2-5.
10. Del Olmo, D.L. (1990). Análisis del Trabajo Preventivo de una Institución Nacional Educativa. Tesis profesional. Facultad de Psicología. UNAM.

11. Foncerrada, M. (1983). "La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez". *Salud Mental*. Vol. 6. No. 2. P. 11-14.
12. Forehand, R. (1979). "Parent Behavioral Training to Modify Child Non-Compliance: Treatment Generalization Across Time from Home to School". *Behavior Modification*. No. 3. P. 3-25.
13. Galguera, I. (1984). El Retardo en el Desarrollo. México: Editorial Trillas.
14. Harrsch, C. (1983). El Psicólogo, ¿Qué Hace?. México: Editorial Alhambra Mexicana, S.A. P. 141-190.
15. Instituto Nacional de Salud Mental-DIF. (1987). Informe de Labores 1986. Documento Interno. México.
16. Johnson, S.; Katz, R. (1973). "Using Parents as Change Agents for their Children: A Review". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. No. 4. P. 181-200.
17. Johnson, S.; Christensen, A. (1975). "Multiple Criterion Follow Up of Behavior Modification with Families". *Journal of Abnormal Child Psychology*. No. 3. P. 135-154.
18. Kantor, J.R. (1933), "A Survey of the Science of Psychology", en Bijou, S.W. (ed.), (1980). Psicología del Desarrollo Infantil. México: Editorial Trillas. Vol. 1. P. 41-42.
19. Kerlinger, F. (1981). Investigación del Comportamiento. México: Editorial Interamericana. P. 334-337.
20. Kreisler, L. (1974). El Niño y su Cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu Editores, P. 221-290.

21. Le Boulch. (1966). "L'education par le mouvement", en Picq, L. y Vayer, P. (ed.), (1977). Educación Psicomotriz y Retraso Mental. Barcelona: Editorial Científica Médica. P. 5-11.
22. Lewis, M. (1980). Desarrollo Psicológico del Niño. México: Editorial Interamericana.
23. Maier, H. (1984). Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño. Buenos Aires: Amorrortu Editores. P. 241-243.
24. Mendez, C.A., Romero, O.I. (1991). Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
25. Moreland, J.R. (1982). "Parents as Therapists: A Review of the Behavior Therapy Parent Training Literature 1975 to 1981". Behavior Modification. No. 6. P. 250-276.
26. Organización Mundial de la Salud. (1977). "Child Mental Health and Psychosocial Development". Reporte 613.
27. Piaget, J. (1970). "La Epistemología de las Relaciones Interdisciplinarias", en Apostel, L. (ed.), (1979). Interdisciplinarietà. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. P. 153-171.
28. Pick, S. (1990). Como Investigar en Ciencias Sociales. México: Editorial Trillas.
29. Rojas Soriano, R. (1981). Sociología Médica. México: Folios Ediciones. P. 216.
30. Ross, A. (1987). Terapia de la Conducta Infantil. México: Editorial Limusa. P. 19.

31. Schraml, W. (1975). Psicología Clínica. Barcelona: Editorial Herder. P. 81.
32. Schuman, E. (1969). "Evaluating Educational Programs: A Symposium". Urban Review. III. No. 4. P. 16.
33. Secretaria de Programación y Presupuesto. (1985). Antología de la Planeación en México 1917-1985. México: Fondo de Cultura Económica.
34. Idem. P. 546-556.
35. Siegel, S. (1980). Estadística no Paramétrica. México: Editorial Trillas.
36. Soberón, J.; Kumate, J. (1988). La Salud en México: Testimonios 1988. México: Fondo de Cultura Económica. Tomo III. Vol. 2. P. 95-112.
37. Soberón, J.; Kumate, J. (1988). La Salud en México: Testimonios 1988. México: Fondo de Cultura Económica. Tomo III. Vol. 3.
38. Ulrich, R. (1983). Control de la Conducta Humana. México: Editorial Trillas. Vol. II.
39. Velasco, J. (1984). Encrucijadas. Manual de Orientación sobre Crecimiento y Desarrollo Psicológico de Niños y Jóvenes. México: Talleres Gráficos del Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia.
40. Wahler, R. (1980). "The Insular Mother: Her Problems in Parent-Child Treatment". Journal of Applied Behavior Analysis. No. 13. P. 207-219.

41. Wallon, H. (1971). "Las Etapas de la Personalidad en el Niño", en Osterrieth, P.(ed.), Los Estadios en la Psicología del Niño. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. P. 32-39.
42. Wallon, H. (1985). La Vida Mental. Barcelona: Editorial Grijalbo. P. 8-9.
43. Weiss, C. (1991). Investigación Evaluativa. México: Editorial Trillas.
44. Zimerman, R. (1981). "Características Generales de la Población Atendida y de los Tratamientos Empleados en Centros de Salud Mental del Valle de México". Salud Mental. Vol. 4. No. 4. P. 14-18.
45. Zimerman, R. (1981). "Los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes en el Valle de México". Salud Mental. Vol. 4. No. 2.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

D. I. F.

DEPTO. DE CONSULTA EXTERNA

UNIDAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE TRABAJO DE LA

CLINICA DE DESARROLLO INFANTIL

RESPONSABLES: Psic. Víctor M. García G.

COLABORADORES: Psic. Marisol Orcajo B.

Psic. Ma. TEResa Canseco D.

JUSTIFICACION:

En nuestro país, como en muchos otros de América Latina, la brecha entre la demanda de atención especial para niños con desventajas y la relación inversa de la población con necesidades especiales que recibe dicha atención, habrá de ensancharse en los próximos años.

El costo social que este problema representa no solo para la propia familia sino para las instituciones que proporcionan atención especializada y la relación que guarda con la productividad del país, hace urgente y prioritaria la creación de servicios asistenciales que contemplen acciones de investigación y enseñanza que contribuyan a dar soluciones aunque parciales, al problema que día a día adquiere proporciones monumentales.

Hacen falta, todavía, servicios asistenciales para los casos graves, severos y moderados de retardo mental, por una parte, y - por la otra se cometen errores en el diagnóstico, tratamiento y - prevención de los casos leves y de los considerados de alto riesgo, haciendo caso omiso de las alteraciones de la relación materno infantil que estos plantean. Son frecuentemente, los más susceptibles de una falsa rotulación, por creer que son problemas insolubles, o por adoptar la postura cómoda de delegar al tiempo una responsabilidad terapéutica.

A estas alturas no es posible poner en duda que "Los primeros años de la vida del ser humano son cruciales para su desarrollo futuro, ellos constituyen un período crítico desde el punto de vista de la alimentación, la salud y el desarrollo de su inteligencia y personalidad".

La Clínica de Desarrollo Infantil dentro del Instituto Nacional de Salud Mental propone su creación con el objeto de promover la investigación en el ámbito del desarrollo de la conducta humana y los factores que la influyen.

Pretende relacionarse con todos aquellos servicios y clínicas que operan en el mencionado instituto que puedan contribuir a ampliar el conocimiento que se tiene sobre los principios biológicos y psicológicos que gobiernan el desarrollo y funcionamiento de la conducta humana para aplicarlos a los problemas que el desarrollo del niño mexicano plantea y poder contribuir a la formulación de planes de manejo para los niños con desventajas.

ANTECEDENTES:

Siempre que uno intenta realizar una revisión histórica se presenta el problema que se refiere a la dificultad de marcar el principio de los sucesos. En la mayoría de las áreas de investigación es muy difícil identificar los orígenes específicos de nociones que han probado ser fructíferas.

Las ideas en un sentido no tienen principio. Actualmente existe una abundante literatura sobre los efectos de la experiencia infantil sobre la conducta posterior. Yendo a través de esta literatura tan atrás como es posible, existen indicadores, sugerencias y hechos experimentales que pueden ser vistos como generadores de la noción de que dichos eventos que ocurren tempranamente en el desarrollo afectan la conducta posterior a lo largo de la historia vital del organismo humano.

Los trabajos científicos de aproximaciones tales como la genética de la conducta, las ciencias neurológicas, la etología, la psicología, la pediatría y la psiquiatría, en el marco del trabajo interdisciplinario, han tenido como propósito explorar las diversas formas en las cuales la estimulación del ambiente durante las fases tempranas de la vida pueden afectar el desarrollo de la conducta con especial referencia a los efectos que sobre el infante tiene la interacción de éste con su madre.

No es nuestra intención realizar una revisión exhaustiva acerca de lo que ya es conocido en este campo, sino solamente la de puntualizar las implicaciones de algunas líneas de investigación que se muestran prometedoras para incrementar nuestra comprensión acerca del papel que desempeñan las influencias tempranas medio-ambientales en el desarrollo normal del individuo.

El estudio de la evolución del comportamiento desde la primera edad constituye una de las tareas fundamentales de la psicología que permite ampliar nuestro conocimiento de la vida mental del hombre. Las investigaciones sobre el comportamiento humano desde el nacimiento, e incluso desde la vida prenatal, han ayudado a dilucidar innumerables problemas tales como: Conocer más a fondo los patrones de crianza en diversas poblaciones, por ejemplo: Cómo se organizan las etapas del desarrollo que preceden a la aparición de tal rango particular en el adulto?. ¿Cómo opera el aprendizaje?. En que medida la influencia del medio se impone a la de la herencia, o a la inversa?

A partir de los trabajos de Freud se le atribuyó a la

infancia un rol determinante en el desarrollo posterior de la personalidad y la investigación científica en el campo de la clínica y de la psicología del desarrollo han confirmado esas primeras observaciones. Desde 1910, G.N. Dearbon en los E.U., realizó investigaciones sobre el desarrollo sensoriomotor de los primeros años, y pronto fué seguido por Kulhman en 1914, y sobre todo por A. Gesell en 1925. Estas escalas proporcionan un valor estadístico que permite estimar con cierta precisión el nivel de desarrollo alcanzado por un niño de determinada edad, o su grado de retraso, proporcionándonos de manera descriptiva puntos de referencia cronológicos. Quizás valga la pena recordar, como lo hace Ajuriaquerria, que esos puntos de referencia no deben confundirse con lo que llamamos estadios funcionales. Esta última noción está ilustrada en trabajos de tendencias muy diversas, Freud ha descrito la sucesión y el encajamiento de los estadios pulsionales que marcan la vida del desarrollo emocional y la socialización; Piaget por su parte se ha dedicado más particularmente al estudio de las operaciones intelectuales, partiendo de los progresos de la inteligencia sensoriomotriz hasta la aparición de la función semiótica o simbólica. Los aspectos neurológicos han sido estudiados por André Thomas, J. - Ajuriaquerria y S. Saint-Anne Dargassies, la motricidad por M. Bergeron, C. Koupernik y R. Spitz y otros autores de orientación psicoanalítica han introducido observaciones controladas en sus investigaciones sobre los niños pequeños.

Se dispone actualmente de un vasto cuerpo de evidencia que permite concebir la edad de la lactancia y de la infancia temprana como un período crucial en el desarrollo no sólo de las características emocionales y sociales, sino también de las funciones cognitivas. Para hacer tales afirmaciones ha sido necesario realizar profundas investigaciones sobre percepción, neurofisiología del cerebro, psicología del conocimiento. Está plenamente comprobado que el neonato normal llega con todos los sistemas sensoriales en función.

Los datos de recientes investigaciones sugieren que el neonato es mucho más capaz de dar respuestas organizadas de lo que suponía y que responde mucho más a configuraciones de estímulos que son inherentes a su madre y a los cuidados de ésta. En las primeras semanas de vida la madre es entonces, una fuente suficiente de estimulación afectiva como cognitiva para el niño promedio.

El tipo de ambiente material y social en el que nace y crece el niño adquiere así una enorme importancia, en tanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinarán en parte su desarrollo normal o desviado. Existe acuerdo general entre teóricos

de orientaciones diversas en relación a que la infancia temprana es el período crucial para el desarrollo intelectual y afectivo y sin embargo enfrentamos una situación paradójica ya que se sigue actuando como si estas funciones florecieran espontáneamente sin necesidad de intervenciones externas. De esta manera se sigue suponiendo que la mayoría de los padres saben "instintivamente" lo que el niño necesita para su normal desarrollo, y que no requieren de información ni orientación alguna para proporcionar a sus hijos las experiencias adecuadas frente a la realidad de un niño aislado, desprotegido y formado dentro de la inercia de los hogares de hoy en día, la crisis familiar que se vive, los problemas ecológicos, urbanísticos, habitacionales, nutricionales y educativos, o la contingencia del nacimiento de un niño prematuro o de término con patología agregada.

Generalmente abandonamos a los padres a merced de su "intuición" o mejor dicho, de su improvisación.

Ahora bien, cuáles son los criterios para establecer la diferencia entre un Alto-Riesgo probable y uno establecido. La clasificación propuesta por el Dr. T.D. Tjossem en la conferencia sobre "Intervención temprana en Niños de Alto Riesgo", que se llevó a cabo en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en 1974, en la cual propuso 3 categorías: 1) Riesgo establecido como toda enfermedad diagnosticada, esto es anomalías claras como lo es el S. Down; etc. 2) Riesgo Biológico probable como todos aquellos factores prenatales que comprometieron la integridad biológica del recién nacido en la vida extrauterina y que planteen una alta probabilidad de producir secuelas que van a retrasar el desarrollo como es la prematuridad y las complicaciones que se pueden presentar en los niños prematuros y de término, y finalmente 3) Riesgo Ambiental que se describe en el análisis del fenómeno llamado "Cultura de la pobreza" que incluye niños desventajados socialmente que después de haber tenido un desarrollo normal en el primer año de vida, comienzan a retrasar su desarrollo cognoscitivo en el segundo año.

OBJETIVO GENERAL:

"Establecer normas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan alteraciones en el desarrollo en niños desde su nacimiento hasta los 5 años, a través de la investigación de dichos factores con el objeto de promover y fomentar la docencia a todos los niveles que abarca el problema.

METODOLOGIA.

Para poder comprender el término de desarrollo infantil partiremos de algunas conceptualizaciones hechas por dos estudiosos del área, Arnol Gesell y Jean Piaget, los que señalan que el desarrollo es un proceso de maduración, que implica un orden de su cesión, una jerarquización continua de etapas y estudios y que cuando un niño tiene que realizar una conducta visomotora (colocar pijas en un tablero), esa ejecución involucra una serie de subestructuras anteriores que deberá poseer el niño, atención visual, percepción espacial, conducta de prensión.

Partiendo de estas conceptualizaciones la C.D.I. ha adoptado una metodología que permita el estudio objetivo de los problemas de desarrollo que prevalecen en la población infantil que asiste al instituto.

La metodología implementada norma y sistematiza todas las acciones de la C.D.I. de enseñanza, enseñanza e investigación; todos ellos encaminados a cumplir objetivos previamente establecidos que conllevan al logro del objetivo general de la clínica.

Esta metodología permite una evaluación integral de los componentes o áreas que conforman el desarrollo infantil y facilita la toma de decisiones para planear una intervención interdisciplinaria en función de las necesidades terapéuticas de los pacientes.

También elicitó la evaluación periódica de los casos, para establecer estrategias correctivas, que contribuyan al perfeccionamiento de los métodos y técnicas de tratamiento empleadas.

Dicha metodología se conforma de 5 etapas, cada una propone una tarea general y específica los objetivos que se deberán cubrir para realizar dicha tarea. Las etapas son:

ETAPA I: De evaluación conductual inicial.

Tarea: Entrevista y análisis de las áreas del desarrollo infantil.

Con base a los dos objetivos las actividades son:

1. Realizar la entrevista clínica y evaluar el nivel de desarrollo del paciente.
2. Establecer el repertorio inicial del paciente, identificar - las habilidades y destrezas ausentes y/o conductas desadaptadas.
3. Efectuar una correlación de los datos de cada área del desarrollo, entender dinámica y la influencia que ejerce sobre el padecimiento actual.
4. Establecer el nivel de retraso en el desarrollo.

ETAPA II: De Estrategias de Intervención.

Tarea: Toma de decisiones en base al grado de crisis e interdependencia de las áreas del D.I. (es de un caso de un niño de 3 6/12 años, que presenta problemas de conducta, en el lenguaje y no participa en las actividades del kinder.

Esta etapa propone 3 objetivos a cubrir mediante el desempeño de las siguientes actividades.

1. Con los datos obtenidos en la evaluación de desarrollo se determinará que área es la de mayor retraso (crisis para enfocar la intervención a esta misma.
2. Decidir que técnicas y guías curriculares se emplearán en el tratamiento.
3. Establecer los procedimientos y períodos de evaluación subsecuente, con base al grado de crisis y edad del paciente.

ETAPA III: De Tratamiento.

Tarea: Intervención y aplicación de las técnicas en base al grado de crisis de las áreas.

Para el logro de esta tarea se tiene que cumplir con 3 objetivos y sus actividades correspondientes.

1. Dirigir la intervención, al tratamiento del área(s) de mayor necesidad, sin perder de vista la dinámica manifiesta (padecimiento actual).

2. Realizar sesiones de tratamiento sistemáticas, utilizando las técnicas seleccionadas.
3. Efectuar rendiciones periódicas para obtener datos de los avances del desarrollo y la calidad de la participación de los padres.

ETAPA IV: De Evaluación Conductual Final.

Tarea: Análisis de los cambios y avances del desarrollo en comparación al repertorio inicial.

En esta etapa se deberán cubrir dos objetivos y para su logro se realizarán las siguientes actividades:

1. Obtener datos que permitan confirmar que los avances del desarrollo logrados, ha sido producto de la intervención profesional y no por la variable tiempo.
2. Hacer una comparación del repertorio inicial con el repertorio final del paciente, con el propósito de evaluar cuantitativamente y cualitativamente los avances logrados.

Un procedimiento para conocer la calidad y eficacia de la intervención implementada es efectuar una evaluación de seguimiento.

ETAPA V:

Tarea: Evaluar la persistencia de los avances en el desarrollo.

Durante estas etapas se tendrán que cumplir dos objetivos y sus actividades correspondientes.

1. Realizar una entrevista y evaluación de desarrollo del paciente en periodos de 6 meses o un año para obtener datos que confirmen la persistencia o incremento del coeficiente de desarrollo de cada paciente, así como su calidad de interacción y convivencia con su medio ambiente.
2. En caso de identificar decrementos en el repertorio del paciente (en el nivel de desarrollo) se establecerán estrategias correctivas.

Aún cuando la metodología expuesta, pareciera completa, no -

limita las posibilidades de ser perfeccionada a través de las evaluaciones periódicas que permitirán su corrección en caso necesario.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA C.D.I.

Ahora bien, para poder desempeñar estas acciones tan complejas la C.D.I. tuvo que estructurarse y organizarse de tal manera - que las funciones y actividades se sistematizaron para lograr un funcionamiento eficiente, Por lo que la C.D.I. cuenta con una coordinación y tres secciones (Asistencia, Enseñanza e Investigación), en las que sus objetivos y acciones están sustentadas por la metodología antes expuesta.

OBJETIVOS DE ASISTENCIA:

1. Aplicar técnicas diagnósticas del desarrollo a niños de diferentes grupos de edad, las cuales facilitan la elección del tratamiento óptimo.
2. Diagnosticar los factores de la relación materno-infantil que afectan el desarrollo normal del niño.
3. Desarrollar modelos de intervención psicológica en aquellos niños que se consideren de alto riesgo en cualquier etapa de su desarrollo.
4. Elegir las técnicas de tratamiento para resolver los problemas de la relación materno-infantil identificados.
5. Implementar programas de estimulación para los niños de los diferentes grupos de edad.
6. Al término de cada programa, se trate del niño o de la relación materno-infantil, se realizará una evaluación final para confirmar el logro de los objetivos de tratamiento.
7. Aplicar una evaluación de seguimiento a todos los casos atendidos para comprobar la persistencia de los avances logrados o establecer estrategias de tratamiento.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES:

- 1.1. Se realizarán evaluaciones diagnósticas del desarrollo en -

forma periódica a los niños de cada grupo de edad.

1.2. Se utilizarán para dichas evaluaciones las siguientes escalas:

- C.D.I. (1) Gesell
- C.D.I. (2) Kontz
- C.D.I. (3) Uzguiris

- 1.3. Se aplicarán las escalas de desarrollo al ingreso de cada paciente a la C.D.I. y posteriormente mensual, trimestral o semestralmente en función de la etapa de desarrollo del mismo.
- 1.4. Se evaluará la eficacia de las técnicas de diagnóstico utilizadas, a través de los índices de avance de los pacientes estudiados.
- 2.1. Se identificarán a través de la entrevista clínica los casos en los que sea necesario la evaluación diagnóstica de los trastornos de la relación materno-infantil.
- 2.2. Se seleccionarán los casos en pacientes de 0 a 28 días de edad a través de la aplicación de la Escala de Conductas Neonatales de B. Brazelton (A.O.I.B. Y A.P.I.B.).
- 2.3. En pacientes mayores de 28 días se seleccionarán los casos a través de la aplicación del perfil materno de Bayley, a manera de pre-test.
- 3.1. Se mantendrá una actualización continua de aspectos teórico-prácticos de los autores más relevantes en el ámbito del desarrollo infantil.
- 3.2. Se desarrollarán programas piloto proporcionando asistencia a pacientes de diferentes edades con diversos factores de riesgo.
- 3.3. Se evaluarán periódicamente los programas piloto en función de las etapas de desarrollo que cubran dichos programas.
- 3.4. Se llevarán a cabo las estrategias pertinentes en función de evaluación periódica.
- 4.1. Los casos en los que se detecte alteración de la relación materno-infantil serán canalizados a la clínica de psicoterapias.

- 4.2. Se mantendrá una estrecha comunicación con el terapeuta a -
quién se le haya canalizado el caso.
- 5.1. Se elaborarán las guías curriculares (programas) basadas en
las escalas de diagnóstico empleadas.
- 5.2. Se proporcionarán dichas guías a cada paciente adaptándolas
a sus necesidades de tratamiento.
- 5.3. Se evaluarán y actualizarán las guías curriculares cada 6 -
meses.
- 6.1. Se realizará una evaluación final utilizando las formas -
(C.D.I. (1), C.D.I. (2), C.D.I. (3)...etc.).
- 6.2. Se efectuará un post-test con el perfil materno de Bayley -
(Forma X en los casos que hubieran estado bajo tratamiento
terapéutico (trastornos de la relación materno-infantil)).
- 7.1. Se llevará a cabo la evaluación de seguimiento en períodos
de tiempo que dependerán de la etapa de desarrollo en la -
que se encuentre el paciente y sus avances.
- 7.2. La evaluación de seguimiento para los casos sometidos a tra-
tamiento por trastornos de la relación materno-infantil se
realizará en base a una entrevista que confirme la persis-
tencia de los logros en el desarrollo del niño.

OBJETIVOS DE ENSEÑANZA.

1. Implementar un programa de capacitación continua que permita
la actualización y el desarrollo profesional de los especia-
listas y de los profesionistas en formación de la C.D.I.
2. Promover eventos de enseñanza, tales como cursos, talleres, -
seminarios, simposios, reuniones y congresos a nivel institu-
cional y en coordinación con otras instituciones de carácter
asistencia y de enseñanza que permitan la formación y especia-
lización de recursos humanos en el sector de salud.
3. Divulgar los programas de enseñanza de la C.D.I. a través de
los medios masivos de comunicación.
4. Evaluar anualmente los programas de enseñanza y capacitación
de la C.D.I.

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA:

- 1.1 Diseñar y planear las actividades del programa de capacitación continua que cubra las necesidades de adiestramiento y actualización de los integrantes de la C.D.I.
- 2.1 Realizar cursos, talleres, seminarios, etc., basados en los hallazgos obtenidos a través de sesiones teórico-prácticas; en el ámbito institucional y en coordinación con otras instituciones asistenciales, educativas y de investigación.
- 2.2 Involucrar a profesionales de otras instituciones que desarrollen actividades afines a esta clínica en la realización de acciones educativas y de adiestramiento para personal interesado y público en general.
- 3.1 Hacer llegar al público en general la información básica sobre el desarrollo normal del niño, así como los indicadores de alteraciones en el mismo.
- 3.2 Elaborar material didáctico, folletos, películas, video-tapes, etc., que apoye los programas de enseñanza.
- 4.1 Evaluar las acciones de enseñanza y capacitación por medio del número de acciones realizadas y su impacto en la población a la cual fueron dirigidas.

OBJETIVOS DE INVESTIGACION:

1. Promover y fomentar la investigación de modelos, técnicas y procedimientos, que permitan la actualización y planeación - objetiva de sus acciones, para incrementar la calidad de atención en la C.D.I.
2. Formar y capacitar personal técnico, para que contribuya en - la ejecución de los diferentes programas preventivos de asistencia, de enseñanza e investigación.
3. Establecer un sistema de comunicación y de intercambio científico, tanto en el ámbito institucional como extra-institucional.
4. Divulgar los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, utilizando los medios de comunicación profesional.

5. Colaborar en los proyectos de investigación del área del D.I. tanto del instituto como de otras organizaciones afines.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION:

- 1.1 Se realizarán investigaciones periódicas con el propósito - de diseñar, adaptar y aplicar nuevos modelos, técnicas y procedimientos relacionados con el desarrollo y la relación materno-infantil, que permitan cubrir tanto las necesidades de asistencia como de enseñanza.
- 2.1 Realizar convenios de intercambios científicos con instituciones asistenciales, educativas y de investigación.
- 2.2 Participar continuamente en eventos de intercambio científico, como son: congresos, seminarios, cursos, talleres, etc. en el ámbito institucional como extra-institucional.
- 2.3 Solicitar y tramitar anticipadamente la autorización de presupuesto para la asistencia a los eventos requeridos.
- 2.4 Publicar las investigaciones o los avances de las mismas periódicamente.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
CLINICA DE DESARROLLO INFANTIL

ANEXO 2

Fecha: _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Categoría: _____

Teléfono: _____ Procedencia: _____

Dirección: _____

Padre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Madre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Informante: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

- =====
1. Fue enviado al instituto por: 1. _____
a) Conocido d) Institución
b) Familiar e) Iniciativa
c) Especialista propia
 particular

 2. La atención que recibió en el instituto la consideró: 2. _____
a) Muy buena b) Buena c) Deficiente

 3. Fue difícil para usted llegar al instituto? 3. _____
a) Sí b) No

 4. Mencione usted a cuales de los siguientes servicios ha asistido: 4. _____
a) Neurología f) Terapia Familiar _____
b) Psiquiatría g) A.F.A. _____
c) Pediatría h) Estomatología _____
d) Psicología i) Fisiología
e) Trabajo Social j) Laboratorio

5. De los siguientes servicios, que tipo de atención recibió:

- 5.1. Neurología a) Muy buena
- 5.2. Psiquiatría b) Buena
- 5.3. Pediatría c) Deficiente
- 5.4. Psicología
- 5.5. Trabajo Social
- 5.6. Terapia Familiar
- 5.7. A.F.A.
- 5.8. Estomatología
- 5.9. Fisiología
- 5.10. Laboratorio

5. _____ a. b. c.

6. Por parte del siguiente personal, quién le informó cual era el problema de su hijo:

- a) Neurólogo f) Terapeuta Familiar
- b) Psiquiatra g) Terapeuta Lenguaje
- c) Pediatra h) Estomatólogo
- d) Psicólogo i) Neurofisiólogo
- e) Trabajador Social j) Químico Lab.
- k) Ninguno

6. _____

7. Para iniciar el tratamiento de su hijo en Clínica de Desarrollo le tardaron:

- a) Una semana c) Un mes
- b) Menos de 1 mes d) Más de 1 mes

7. _____

8. La información que usted recibió en Clínica de Desarrollo acerca del problema de su hijo fue:

- a) Suficiente b) Confusa c) Ninguna

8. _____

9. La frecuencia con la que citaban a su hijo a consulta en Clínica de Desarrollo era:

- a) Semanal b) Mensual c) Trimestral

9. _____

10. Acudía usted a sus citas a Clínica de Desarrollo Infantil:

- a) En su totalidad c) Faltando más de 1 vez
- b) Faltando al menos 1 vez d) Casi no acudió

10. _____

11. El motivo por el cual ha faltado a sus citas a Clínica de Desarrollo Infantil ha sido de: 11. _____
- a) Salud c) Familiar e) Económico
b) Escolar d) Institucional f) Laboral
g) No ha faltado
12. Durante el tiempo que asistió a tratamiento en Clínica de Desarrollo Infantil el problema de su hijo: 12. _____
- a) Se resolvió c) Continuó
b) Se controló d) Empeoró
13. La atención que recibió en Clínica de Desarrollo Infantil la considera: 13. _____
- a) Muy buena b) Buena c) Deficiente
14. Actualmente el problema por el cual asistió su hijo a Clínica de Desarrollo Infantil está: 14. _____
- a) Resuelto c) Continúa
b) Controlado d) Empeoró
15. Considera usted necesario reiniciar el tratamiento de su hijo en Clínica de Desarrollo Infantil? 15. _____
- a) Sí b) No c) No lo sabe
16. Mencione sus sugerencias para mejorar el servicio en Clínica de Desarrollo Infantil: 16. _____

- a) Atender a la hora de la cita.
b) Considerar el lugar de residencia al dar la cita.
c) Que se explique en que consiste el tratamiento y los servicios a que se canaliza.
d) Dar más difusión al InSaMe.
e) Atender la cita aún cuando se llegue tarde.
f) Que se explique las consecuencias de suspender el tratamiento.
g) Otros: _____

17. El apoyo que usted recibe de su familia para atender a su hijo es: 17. _____
a) Emocional c) Social e) Ninguno
b) Económico d) Todos -
18. El apoyo que usted recibe de su pareja para atender a su hijo es: 18. _____
a) Emocional c) Social e) Ninguno
b) Económico d) Todos
19. Otras personas que le ayudan con su hijo son: 19. _____
a) Abuela materna d) Tíos
b) Abuela paterna e) Ninguno
c) Padre f) Otros: _____
20. El costo del transporte al instituto lo considera: 20. _____
a) Elevado b) Accesible c) Bajo
21. De su lugar de residencia el instituto se encuentra: 21. _____
a) Cercano b) Retirado
c) Muy retirado
22. El costo de las consultas lo considera: 22. _____
a) Elevado b) Accesible c) Bajo
23. Para atender el problema de su hijo usted ha asistido a: 23. _____
a) Institución de gobierno d) Curandero, huese ro o sacerdote
b) Institución particular e) Acupunturista, naturista u homeópata
c) Especialista particular f) Ninguno
24. Continúa asistiendo a tratamiento en alguna otra institución o especialista: 24. _____
a) Institución de gobierno d) Curandero, huese ro o sacerdote
b) Institución particular e) Acupunturista, naturista u homeópata
c) Especialista particular f) Ninguno

25. Que dificultades tuvo para cumplir con las indicaciones de tratamiento en Clínica de Desarrollo Infantil?

- a) No tuvo ninguna
- b) No eran muy claras las indicaciones
- c) Era más fácil no cumplir con las indicaciones
- d) No tenia tiempo

25. _____

26. Los motivos por los cuales dejaría o dejó de asistir a Clínica de Desarrollo Infantil son:

- a) Por la familia
 - b) Por embarazo
 - c) Por la escuela
 - d) Por trabajo
 - e) Por indicación de especialista
 - f) Porque no notaba mejoría
 - g) Porque consideró que ya estaba bien
 - h) Por cansancio
 - i) Otra: _____
-

26. _____