



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

***ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE SALUD  
MENTAL DE LA POBLACION ESTUDIANTIL DE  
LA ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERIA QUI-  
MICA E INDUSTRIAS EXTRACTIVAS DEL  
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL***

**TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :**

**MARIA DE LOS ANGELES GOMEZ TAGLE VALDES  
ANA MARIA VALLEJO RAMIREZ  
ROSA MARIA SOLEDAD ZAYAS MONROY**

**ASESOR  
LIC. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE CORIA  
AREA DE CLINICA**

**MEXICO, D. F.**



**1993**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## INDICE

	Página
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO .....	5
CAPITULO II	
METODO .....	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	32
INDICADORES .....	35
SUJETOS .....	38
ESCENARIO .....	36
INSTRUMENTOS .....	40
PROCEDIMIENTO .....	42
CAPITULO III	
RESULTADOS .....	46
CAPITULO IV	
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	115
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....	128
BIBLIOGRAFIA .....	134
ANEXOS .....	141

## INTRODUCCION

El desarrollo económico, social y cultural de un país no se puede concebir sin que toda su población disfrute de una calidad de vida que sea, más o menos aceptable, dado que esta constituye uno de los factores determinantes para que en cualquier país se pueda lograr el desarrollo y bienestar al que aspira todo ser humano.

Es decir, que sólo podemos hablar y pensar en que hay desarrollo cuando se dispone de recursos humanos que sean aptos para la vida en comunidad, "donde la salud sea un componente imprescindible que asegure el óptimo desarrollo de sus aptitudes y de su capacidad creadora", según ha declarado el Dr. Peregrina, exdirector de la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Peregrina, 1976).

Por otro lado, a nivel personal, de igual manera podemos afirmar que un buen estado de salud es esencial para que cada individuo pueda, no sólo llegar a ser mejor cada día sino, aún llegar a conseguir su plena realización y, a la vez, la propia realización nunca podrá ser alcanzada por todos aquellos que padecen algún tipo de enfermedad.

Así pues, la salud, entendida como "un proceso constante y dinámico de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia" es, de acuerdo a una versión modificada de la definición de la OMS, una de las condiciones necesarias para que pueda existir un verdadero pro-

greso, y una superación, tanto en los sujetos como en las sociedades en que viven. (Terris, 1982).

Tanta es la importancia de la salud en el ser humano que, desde el año de 1948, este aspecto fue incluido en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, precisamente con esta categoría; es decir, como uno más de los derechos del hombre en todo el mundo.

Sin embargo, en nuestro mundo moderno el supuesto desarrollo económico y social de las poblaciones, junto con todos los adelantos, comodidades y beneficios que nos puede ofrecer, también nos plantea una serie de problemas, tales como: una urbanización acelerada, un gran crecimiento demográfico, falta de viviendas, desempleo, contaminación, tensiones, etc., que requieren de una adecuada solución ya que todas estas situaciones, sobre todo cuando son muy conflictivas, llegan a repercutir, a veces de manera muy grave, en la salud, en la conducta y en las relaciones de los sujetos, llegando a ocasionarles trastornos y problemas que les limitan e impiden no sólo su propio desarrollo sino también el de sus sociedades y, aun, el de los países en que habitan.

De esta forma, los seres humanos, particularmente los que viven en los grandes centros urbanos, como el de la ciudad de México, se encuentran inmersos en una continua y agobiante lucha, producto de los numerosos problemas que la conflictiva vida de la época actual les impone en su existencia diaria obligándoles, en el mejor de los casos, a tener que buscar las posibles soluciones que les ayuden a

resolver los múltiples problemas que deben afrontar.

En efecto, son muchos los momentos y formas en los que el tipo de vida que se tiene en las modernas ciudades actuales pueden llegar a afectar no sólo las relaciones entre nuestros semejantes sino que, lo que es peor, aún hasta se pueden llegar a comprometer muy seriamente el bienestar y la salud de todos sus habitantes, ya sea en alguno de sus tres aspectos fundamentales a saber: el físico, el social y el mental, o en cualesquiera de sus dos niveles básicos: el individual y el de comunidad.

Por otra parte, aunque sabemos que en la búsqueda de las soluciones a los problemas, como los ya descritos, pueden aparecer nuevos problemas, que a su vez van a necesitar de nuevas soluciones, se puede afirmar que un sujeto sano es aquel que, no obstante los problemas que le plantea su existencia y el mundo moderno, trata de mantener un estado de bienestar, no solamente desde el punto de vista físico sino también en el de sus afectos, así como en lo mental y en su vida de relación (López-Arce, 1985).

Una de las principales tareas de los especialistas en el comportamiento humano, y en particular de los que se dedican a realizar estudios sobre la Psicología de la Comunidad, es la de encontrar qué factores, o condiciones del medio en el que viven los sujetos, son los que tienen una influencia decisiva en sus conductas y, sobre todo, en su salud mental.

Así, para poder determinar dichos factores, se toman en cuenta

tres niveles preventivos: el primario, el secundario y el terciario. El primario, se refiere a la promoción y conservación de la salud; el secundario, se relaciona con la detección temprana de la enfermedad y, el terciario atiende a la rehabilitación de las secuelas dejadas por los padecimientos que se han tenido.

Para efectos de este trabajo igualmente se consideran, y se toman como un marco de referencia conceptual, algunos de los principios establecidos por la Epidemiología la que, como sabemos, se ocupa de estudiar las causas y las condiciones que determinan los estados de salud y enfermedad de las poblaciones humanas en su medio natural o, en pocas palabras, al "estudio de las enfermedades en la sociedad" (Terris, 1982).

Por todo lo antes expuesto y, principalmente, teniendo como base las experiencias y observaciones realizadas en nuestro trabajo diario como psicólogas en varios centros educativos de nivel superior, en los que hemos detectado la gran influencia que, de alguna manera, tienen el entorno o medio ambiente en el que viven los sujetos, sobre su salud mental, nos hemos propuesto llevar a cabo una investigación de tipo epidemiológico, en la población estudiantil de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas (ESIQIE), del Instituto Politécnico Nacional.

Nuestro fin primordial es el de tratar de detectar cuál es la Salud Mental que prevalece en la población de la ESIQIE y conocer algunos factores socioeconómicos en que se desarrolla, para poder im-

plementar programas acordes a las necesidades de dicha población a través del trabajo de Orientación Educativa, pues es frecuente que los alumnos acudan a este servicio de la ESIQIE a solicitar la orientación y ayuda adecuada que les permita resolver los serios trastornos de tipo emocional que les afectan y que les causan, entre otros problemas, todos aquellos que se relacionan con un satisfactorio rendimiento escolar, tales como: reprobación continua, ausentismo, deserciones, ansiedad, frustraciones, depresión, agresividad, etc.

Patologías todas estas que están, tal vez, originadas por que los sujetos quizá provienen de ambientes familiares inestables tanto en lo social como en lo económico y, consecuentemente, también en lo emotivo, lo que indudablemente interfiere en sus procesos de aprendizaje y, por supuesto, en el de su plena formación como profesionistas y como seres humanos, llegando inclusive, a bloquear tanto la misma expresión de sus emociones como sus relaciones con los demás. En este mismo sentido, en el seno de este tipo de familias puede existir una probable falta de estimulación y afecto entre todos sus miembros, lo cual también contribuye a agravar los problemas de los estudiantes.

Para precisar nuestras observaciones, y para comprobar nuestras primeras impresiones sobre la problemática estudiantil que habíamos detectado, así como para tener una visión más exacta de los mencionados problemas, recurrimos al Departamento de Estadística de la ESIQIE para obtener toda la información necesaria.

Se obtuvieron los datos de toda la población escolar durante los tres semestres anteriores al que se pretendía investigar y se en-



contró que, en términos generales, había un 65 % de alumnos que presentaban, por lo menos, alguno de los problemas ya señalados.

Cabe aclarar que cada año hay dos periodos de inscripciones, uno en febrero y otro en septiembre, y que los dos primeros semestres que los estudiantes deben cursar al ingresar a la escuela tienen materias comunes para todas las carreras, por lo que se les conoce a estos semestres como del "tronco común" o de "ciencias básicas". A partir del tercer semestre, se elige la carrera, ya con materias específicas para cada una de ellas, siendo estas: Ingeniero Químico Industrial (IQI), Ingeniero Químico Petrolero (IQP) e Ingeniero Metalúrgico (IM).

En resumen, el propósito fundamental de la investigación propuesta, es el de llegar a establecer, con base en un estudio epidemiológico, cuál es la Salud Mental que prevalece en nuestra población estudiantil y conocer además, los factores sociodemográficos en que se desarrolla; tomando como Unidad de Análisis al estudiante, considerando como tal: a toda persona que este inscrita en la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas en el periodo 87-88, en cualquiera de los nueve semestres de las tres carreras que se imparten en dicho plantel. Para tratar de lograr lo anterior hemos concretado los objetivos siguientes, cuyos puntos principales son:

1. Detectar a la población estudiantil que podría identificarse como: sana, enferma y en riesgo de enfermar.
2. Determinar las tasas de prevalencia y morbilidad de enfer-

medades mentales, en la población estudiantil de la citada escuela.

3. Implementar las acciones de tipo preventivo encaminadas a preservar, restaurar y rehabilitar la salud mental de la comunidad estudiantil en sus tres niveles de atención (primario, secundario y terciario).
4. Contribuir con los resultados obtenidos a la realización de futuras investigaciones similares.

Asimismo, deseamos que este trabajo llegue a fructificar en un modelo de atención psicológica, de carácter preventivo, para beneficio de las futuras generaciones de estudiantes, tanto de la propia ESIQIE, como de otras escuelas del Instituto Politécnico Nacional.

Por último, con nuestro estudio también tenemos la pretensión de que este llegue a ser, de alguna forma, una de las muchas contribuciones que tanto se necesitan para que se puedan abatir varios de los problemas más serios que existen en las poblaciones estudiantiles de casi todos los ámbitos escolares de nuestro país, no sólo en las escuelas de los niveles superiores sino, en general, en las de todos los demás niveles que conforman nuestro sistema educativo.

## CAPITULO I. Marco Teórico.

### 1.- Antecedentes Históricos.

La historia nos ha demostrado que desde que el hombre existe siempre se ha preocupado por preservar la salud, mitigar el dolor, evitar la angustia y finalmente prolongar la vida. Así también nuestras acciones, puntos de vista y valores son un legado de generación a generación con modificaciones pequeñas y ocasionalmente grandes que constituyen nuestra herencia social y son importantes como nuestra herencia biológica.

Con el transcurso del tiempo han ido cambiando los conceptos con respecto a las personas perturbadas mentalmente, al mismo tiempo ha variado el procedimiento sobre cómo tratar la enfermedad mental y quiénes son los profesionales más adecuados.

Los desórdenes mentales siempre han sido comunes en la sociedad, entre los que podemos mencionar a las neurosis, psicosis y todo un sinnúmero de deficiencias de funcionamiento, tanto psicológicas como sociales.

En la antigüedad, se creía que los trastornos mentales se debían a la posesión demoníaca. Un retorno al concepto racional de la explicación de los padecimientos mentales antes citados fue durante el renacimiento, que abarcó los siglos XIII, XIV y XV. El tratamiento prescrito fue entonces la intervención médica e incluso la hospitali-

zación. Así, surgieron los manicomios, que durante mucho tiempo degradaron al ser humano, hasta que en la época de la Revolución Francesa, Pinel dió un tratamiento más justo a los enfermos mentales de la Salpêtrier, iniciándose con este hecho la etapa humanística de la psiquiatría. (Philip G. Zimbardo, 1986).

Una aportación científica del siglo XIX es la de Emil Kraepelin, quien en 1883, describió las investigaciones de la esquizofrenia como demencia precoz; usaba este término porque creía que comenzaba durante la adolescencia y se caracterizaba por un deterioro mental progresivo. Este término se cambió porque este tipo de conducta no sólo se limita a la juventud, ya que aparece también en los adultos. En este sentido Bleuler consideró más conveniente que este término fuese sustituido por el de esquizofrenia. (Dolto, Françoise 1974).

Al final del siglo XIX aparece la aportación de Sigmund Freud, dándose una revolución total en el concepto de la salud mental, surgiendo así una nueva escuela para explicar el mecanismo de muchos de los problemas psicopatológicos, que se mostraba exitoso, por los resultados obtenidos.

Esto hizo que muchos especialistas dejaran como tratamiento de las enfermedades a los manicomios y se dedicaran a practicar el nuevo procedimiento terapéutico en sus consultorios. Este cambio no mejoró en forma significativa a la comunidad ya que los profesionales se aislaron en sus consultorios particulares.

No fué sino hasta las últimas décadas cuando la psiquiatría con la ayuda de la farmacología permite que se integre a la salud pública.

Actualmente se da prioridad a la prevención como meta básica en la salud en los centros de medicina general. Esto hace que los estudios científicos de los casos se desplacen al seno de la comunidad, para su detección temprana y un tratamiento mas oportuno. Por lo tanto, ha surgido en el mundo un nuevo enfoque de la psiquiatría al que se llama Salud Mental Comunitaria.

En 1905 C. W. Beers en colaboración con un grupo de profesionales fundó la Sociedad para Higiene Mental de Connecticut E.U.A. Esta asociación encaminó sus metas en relación con la salud pública, destacando la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno.

Esta asociación más adelante, en 1920, fundó la clínica de orientación infantil, que consideraba importante la prevención en la comunidad y el manejo psicológico de los niños por medio de la instrucción adecuada de los padres, maestros y de la comunidad (Calderón Narváez, 1984).

Al finalizar la segunda guerra mundial apareció un movimiento en todos los países del mundo llamado psiquiatría de la comunidad, el cual tuvo la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional. Este movimiento consideró como importante los siguientes aspectos: la transformación de los hospitales psiquiátricos con un mejor

ambiente terapéutico; creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial; la organización de centros de salud mental comunitaria, talleres y programas que se integraron a la salud pública (Malvín Zax, 1981).

En 1964; Caplan G. define a la psiquiatría comunitaria como el conjunto de conocimientos teóricos, métodos y procedimientos que los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada (Calderón Narváez, Ob. cit.).

En 1973 se establecen reformas jurídicas en el código sanitario mexicano, donde se plantea un documento que da una definición de salud, que la concibe "no sólo como un estado de ausencia de enfermedad, o como el bienestar físico, mental y social, sino además como un desarrollo dinámico, en el que el hombre realiza todas sus potencialidades".

En esta definición se da una concepción integral del hombre porque al hablar de sus potencialidades humanas, compromete a la sociedad a buscar los medios para que se lleven a cabo (M. Souza y Machorro, 1989).

En el concepto moderno de enfermedad "se acepta la enfermedad como proceso físico, mental y social que incapacita al individuo para satisfacer sus necesidades básicas y desarrollar sus capacidades in-

telectuales y artísticas en una formación social determinada" (R. Rojas Soriano, 1984).

En lo que se refiere al campo de la psicología ha habido un desarrollo revolucionario, en lo que concierne a la salud mental en general, existen una gran variedad de enfoques a los problemas conductuales y sociales que implican a la comunidad como un agente potencialmente terapéutico.

Este desarrollo ha sido descrito por Nicholas Hobs (1979), quien comenta que se ha realizado "la tercera revolución mental" debido a esto se da a la psicología de la comunidad una importancia igual a la que tuvieron las reformas humanísticas en lo referente a la atención hospitalaria realizada por Pinel a fines del siglo XIII y de Sigmund Freud a fines del siglo XIX, a los cuales nos referimos en páginas anteriores. (Malvin Zax, Ob. cit.).

Así mismo, una de las diversas corrientes que ha contribuido al torrente de la psicología de la comunidad es el ejemplo brindado por la medicina de la salud pública, la cual tuvo sus orígenes modernos en la segunda mitad del siglo XIX.

El método de la salud pública fué un ejemplo significativo de la movilización de la comunidad ante las grandes plagas y epidemias que amenazaban con aniquilarla. La amenaza unió a la gente en la acción concertada aun sin contar con el conocimiento específico de la etiología de las enfermedades que estaban tratando de combatir.

La idea de intentar prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, en lugar de tratarla únicamente después de que ha aparecido, no es nueva y fué propuesta en los primeros años de 1900, por el doctor Adolfo Meyer.

Este autor, dice que "la salud mental no es una condición estática, sino sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales". Es, al igual que en el caso de la salud física, una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico social o de contribuir a él de modo constructivo. Implica capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos potencialmente en conflicto, implica además que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa para realizar sus potencialidades (San Martín, 1985).

Propiamente el nacimiento de la psicología de la comunidad nos es referido por Hersch, en mayo de 1965, donde nos dice que un grupo de psicólogos, interesados en desarrollar programas de salud mental de la comunidad, se reunió en Boston bajo el patrocinio conjunto de la Universidad de Boston y el Centro de Salud Mental South Shore de Quincy Massachusetts, con la asistencia de los doctores Bennett, Anderson, Cooper, Hassol, Klein y Rosenblum.

Estos participantes de la conferencia de Boston, estaban definiendo el área de la psicología de la comunidad y caracterizaron a



"los psicólogos de la comunidad como agentes de cambio, analistas de sistemas de sociedades, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudiosos en general del hombre en relación con la totalidad de sus ambientes" (Malvin Zax, Ob. cit.).

La conferencia de Boston generó el nacimiento de la psicología de la comunidad y estimuló el establecimiento de una división de la psicología de la comunidad dentro de la asociación de la psicología norteamericana.

Posteriormente a la conferencia de Boston, Rieff (1968), habló apasionadamente de una necesidad del psicólogo de la comunidad de desarrollar una nueva perspectiva conceptual, que le permitiera al profesional intervenir en un sistema social.

Resulta interesante que en estos ejemplos de declaraciones hechas directa e indirectamente acerca de la psicología de la comunidad todos parecen coincidir en la dirección que el campo debería de tomar insistiendo en que la psicología debería desarrollar un mayor interés por la adaptación saludable de grandes masas de individuos. Los únicos puntos en los que la variabilidad o los desacuerdos parecen suscitarse comportan la cuestión de cuan lejos debe ir el psicólogo al tratar de modelar la comunidad saludable.

Algunos se detendrán en el momento de llegar a ser consultores de agentes de la sociedad, influyentes, que ejerzan el poder; otros llegarán hasta introducirse en la estructura de poder donde lograrán

asir las entradas administrativas.

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

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

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

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

Por lo que han surgido en Estados Unidos programas específicos de entrenamiento de especialistas de la salud mental en la comunidad por ejemplo el desarrollado por Caplan (1959-1965) en la escuela de Salud Pública de Harvard. Así también el entrenamiento en salud mental de la comunidad desarrollado por Iscoe en la Universidad de Texas en 1970 (Malvin Sax, 1981).

En México, el doctor Calderón Narváez en su libro sobre salud mental comunitaria, plantea que el departamento de psicología clínica tiene por objetivo llevar a cabo labores de carácter preventivo, de identificación, orientación y tratamiento en el campo de las alteraciones y deficiencias conductuales y de ajuste al medio ambiente.

## 2.- Marco Teórico Conceptual.

El hombre es un ser social por naturaleza, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales y de producción, así como estilos de vida concretos que determinan, en buena medida, su salud y su enfermedad.

La conceptualización salud-enfermedad debe, por tanto, incluir esos y todos los demás elementos que la caracterizan, no sólo los individuales sino también los sociales, ya que es el resultado de un proceso biológico y social, históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico complejo y dialéctico.

Cuando hablamos del ser humano y de la importancia que tiene su salud y la de las comunidades en que habita, tenemos que entrar al campo de la Salud Pública. Esta se define, de acuerdo con Winslow, como "La ciencia o el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización del servicio médico, para el diagnóstico y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud". (Winslow, en: Vega Franco y otros, 1937).

Asimismo, May señala que cuando se controlan las enfermedades la productividad de las poblaciones tiende a aumentar, debido a un incremento en el número de adultos que dan muestras de una mayor ca-

pacidad y ambición en el trabajo (Ibid.).

En un sentido opuesto Horwitz nos dice que, si los ingresos económicos de una población no alcanzan para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas de sus habitantes, es de esperar que los salarios alcancen sólo para mantenerlos en niveles de una precaria subsistencia. Esta circunstancia determina que existan, entre otros problemas, índices muy elevados de desnutrición, viviendas inadecuadas y educación insuficiente: tanto así como para poder afirmar que no es posible que esa gente tenga formas de vida, y aspiraciones, que les permitan tener algún bienestar en el presente, o esperanza en el futuro; y es, en estas condiciones, como se originan y mantienen las altas tasas en la incidencia, y prevalencia, de toda clase de enfermedades con la, por supuesto, consecuente disminución de la energía humana y de la producción económica. (Idem).

De esta manera se puede inferir claramente la importancia que tiene el aspecto económico para la salud, tanto de las poblaciones como de los individuos, por lo que ésta, como un estado variable que es, debe ser constantemente cultivada, protegida y fomentada, siendo factores importantes para lograrlo, un buen nivel de vida y la mejor calidad posible del medio ambiente en que se vive.

Por otra parte, la noción de salud, que significa no sólo la ausencia de enfermedades, también implica ideas de variación y ajustes continuos, así como el desarrollo de todas las potencialidades humanas, para lograr una vida mejor con las interacciones sociales

que son inherentes a la naturaleza del hombre. Por lo anterior, indudablemente que es decisiva la influencia que puede tener el ambiente social, tanto en el individuo como en la misma sociedad, para generar toda clase de patologías y enfermedades mentales. Por ejemplo, los desórdenes psiquiátricos, los problemas de conducta, la farmacodependencia, los altos índices de criminalidad y la delincuencia juvenil se asocian, en cuanto a su gestación y desarrollo, con ambientes donde es común la pobreza y el aislamiento social.

Igualmente, existen otros factores ambientales cuya participación en los problemas psicológicos es también evidente, tal como sucede con: la calidad de la vivienda, el hacinamiento urbano, la desnutrición, la falta de estímulos culturales, la desorganización familiar, la desorientación profesional, los sistemas de transporte insuficientes, las grandes distancias, el tiempo de traslado, entre los lugares de trabajo y estudio o vivienda. Todas las condiciones de vida antes señaladas provocan, y son, algunas de las principales fuentes de tensión y frustración para los habitantes de las poblaciones urbanas de los tiempos actuales, todo lo cual además de perturbar, de laguna manera, las relaciones entre los individuos y de estos con su ambiente pueden favorecer el estallido de una enfermedad o influir en su evolución.

Quedando que dentro del proceso Salud-enfermedad que los estados biológicos son variables, como una expresión de la relación ecológica hombre-ambiente, por lo tanto se deben identificar las influencias ambientales que son útiles para resistir las influencias adversas (San Martín, 1985).

Para conocer el riesgo de enfermar, el origen, el modo de distribución de los trastornos emocionales y/o mentales, así como planear su prevención, tratamiento y control, es necesario para el presente trabajo hacer uso de la Epidemiología, cuya función principal es el estudio de la enfermedad en su medio natural y los factores que preservan la salud o condicionan la enfermedad teniendo, como una de sus más importantes metas finales, la de identificar las medidas preventivas que sean aplicables a cualquier estadio de la evolución de las enfermedades, siendo la unidad de observación de la Epidemiología, el grupo humano y no el individuo (Vega Franco, y otros, ob. cit.).

Para Mc Mahon, Pugh e Ipsen, el estudio acerca de la distribución de la enfermedad y de los factores que condicionan su aparición en un grupo humano, implica por un lado, el estudio de la distribución de la enfermedad y por otro, la distribución de los factores que la condicionan, es decir, la multicausalidad de la salud-enfermedad, es un producto de la armonía o desarmonía entre los factores relacionados con el agente, el huésped y el ambiente.

Así en la Epidemiología hay que tener siempre en cuenta estos tres factores: agente (factor o factores causales), el huésped (individuo afectado) y el ambiente que contiene a ambos (San Martín, ob. cit.).

En el caso del agente, ninguna enfermedad es producto de un factor único aislado, igual sucede con la salud, siempre actúa en ca-

dena, con asociaciones causales, factores etiológicos, predisponentes, favorecedores y desencadenantes, que se asocian circunstancialmente para producir el fenómeno; si los mecanismos que mantienen la armonía se rompen, la causalidad múltiple determina el desajuste en el individuo y da lugar a la reacción o padecimiento.

El enfoque epidemiológico pretende disminuir la morbilidad mediante la prevención, el diagnóstico precoz, la aplicación de tratamientos que no impliquen el desarraigo del individuo a su comunidad y la rehabilitación oportuna de éste.

Para nuestro estudio utilizaremos la Epidemiología Descriptiva ya que ella nos aporta los conceptos sobre la prevalencia, distribución e intensidad de las enfermedades en el seno de las comunidades mismas que se expresan en tasas.

Entendiéndose por " tasa " el cociente que resulta de dividir el número de veces que ocurre un evento en un grupo de personas, entre el total de la población que está expuesta a ese riesgo y esta cifra se multiplica por 100, 1000, 10'000, 100'000, etc. (Vega Franco, y otros. ob. cit.).

Para nuestro trabajo utilizaremos las tasas de prevalencia y morbilidad, cuyas fórmulas se mencionan posteriormente en el procedimiento; entendiéndose por la 1era., la frecuencia con que se presenta un fenómeno en una población y morbilidad la distribución de un padecimiento en un grupo humano determinado (Ibid).



Ahora bien, siendo nuestro trabajo sobre salud mental y las enfermedades mentales, partimos de que éstas no son más que las manifestaciones de los individuos, como uno de los resultados de la interacción del ser humano con su ambiente y con sus semejantes, y no constituyen estados opuestos, sino variaciones de grado, de las mismas influencias presentes en la vida individual de cada sujeto.

Este proceso de adaptación mental es influido favorable o desfavorablemente, en función de las tensiones y fuerzas emocionales que haya vivenciado cada individuo, desde la infancia y durante el transcurso de su vida; es decir, a las que permanentemente estamos sometidos en nuestro desarrollo.

Para prevenir las perturbaciones mentales, cada individuo necesita contar con las condiciones más apropiadas para poder superar positivamente, cada una de las etapas que son básicas en la formación de la personalidad.

En términos generales, podríamos englobar a los factores que son formativos del ser humano en tres tipos principales: los físicos, los psicosociales y los socioculturales.

Dentro de las condiciones físicas tenemos que, por ejemplo, la alimentación, la estimulación sensorial y las oportunidades para ejercitar el cuerpo, son fundamentales para un crecimiento y desarrollo corporal óptimos, al igual que para el mantenimiento de una buena condición física.

En cuanto a las condiciones psicosociales, éstas se refieren a la estimulación cognocitiva y emocional, recibida a través de la interacción de la familia y las demás personas que forman el entorno social para satisfacer necesidades básicas, como las del afecto y el amor. Indudablemente, la limitación y el control en la participación de las actividades sociales pueden dar lugar a muy serias perturbaciones emocionales que, seguramente, llegarán a afectar de alguna manera, la conducta de los individuos.

Respecto a las condiciones culturales, sabemos que éstas son las actitudes o normas que están determinadas por las expectativas que otros tienen sobre cada individuo, de acuerdo con el rol o el lugar que éste ocupa en la estructura de la sociedad y la cultura en que vive. El nacer, vivir y crecer en un nivel o grupo de determinada condición social o económica, o en una sociedad que en sí es inestable, puede obstaculizar muy seriamente el desarrollo, y la vida, de cualquier individuo.

Por otro lado, el Dr. Calderón Narváez nos dice que, "La salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino de la felicidad y lograr correctas relaciones interpersonales, que le permitan funcionar de manera adecuada como una de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere, dependen básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y conativas". (Calderón Narváez, 1984).

De acuerdo a estos conceptos, y a los postulados establecidos por la ciencia moderna, al integrarse la Salud Mental a los programas de Salud Pública debemos considerar, como objetivos principales, los de tipo preventivo y el mismo autor, antes citado, nos menciona y describe los tres niveles básicos en los que se debe llevar a cabo la acción preventiva:

**Prevención Primaria.** Esta tiene como finalidad primordial la de procurar disminuir la tasa de trastornos emocionales, actuando contra los factores emocionales que son negativos y que pueden originar la enfermedad mental en la comunidad, a través de programas y actividades que fomenten la salud mental. Por ejemplo, en un centro educativo es importante la participación de maestros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales, en toda clase de actividades orientadas a lograr esos fines, debiendo ser éstas preponderantes en los programas de Orientación Educativa.

**Prevención Secundaria.** Entendemos como tal a la identificación temprana de los procesos psicopatológicos, con el objeto de detener la progresión de éstos. Por ejemplo, sabemos que durante la época preescolar frecuentemente se pueden gestar en los niños alteraciones crónicas en las relaciones familiares, en los patrones alimentarios, etc. que, posteriormente, pueden determinar ciertas conductas o trastornos psicofisiológicos y, en las escuelas primarias, es posible detectar ya problemas de aprendizaje, agresividad, apatía, algunas manifestaciones de tipo orgánico, ansiedad, etc. Durante la adolescencia, la turbulencia emocional, propia de esta etapa, hace un poco más

difícil el diagnóstico temprano de cuadros psicopatológicos; sin embargo, en esta época es cuando suelen iniciar sus manifestaciones la epilepsia y la esquizofrenia, al igual que los problemas de índole psicosocial, tales como: la farmacodependencia, el suicidio y la conducta antisocial.

Prevención Terciaria. La meta de ésta es la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado, o que han sido controlados. Entendiéndose por esto a la disminución de la capacidad de un individuo para contribuir a la vida ocupacional de una comunidad. (Ibid).

De acuerdo a lo antes expuesto, es muy importante identificar todas las influencias ambientales que pueden ser perjudiciales o dañinas, así como las mismas fuerzas ambientales que también pueden ser útiles para resistir a dichas influencias negativas. Por lo que, para poder abatir la tasa total de los nuevos casos de enfermedad mental es necesario identificar, entender y tratar adecuadamente, a todos los factores y circunstancias que producen tales perturbaciones y, sobre todo, anularlos o modificarlos antes de que tengan oportunidad de ejercer sus lamentables influencias negativas.

Teniendo como base todo lo que se ha mencionado antes, la presente investigación propone una posible alternativa en la aproximación a los problemas de salud mental de jóvenes alumnos en una comunidad escolar de nivel superior, dándole un enfoque dentro de las perspectivas que nos marca la Teoría General de los Sistemas, ya que ésta nos permite contemplar al hombre como un sistema abierto, en in-

interacción con otros sistemas, como el familiar y el comunitario.

En este sentido, recordemos que en la psicología, al igual que en la medicina, el objeto principal de sus intereses lo constituye la salud de las personas, las mismas que son miembros de una familia y de una comunidad y que, además, viven y participan en una sociedad. Por tanto, "si no se pierden de vista las interacciones recíprocas del individuo y de los grupos, se verá también que la teoría social y la teoría psicológica son complementarias". (Fuente, de la: 1987).

Al biólogo L. von Bertalanffy (1980) se le ha acreditado ser el principal promotor de dicha Teoría General de los Sistemas, a los que define como: "Un conjunto de elementos en estado de interacción" que forman una totalidad que funciona como tal, en virtud de la interdependencia de sus partes.

Esta idea se ve confirmada por el ya citado Dr. de la Fuente, cuando nos señala que, de hecho, "el individuo, la familia, y la sociedad global, son mejor comprendidos en términos de un campo continuo de fuerzas que interactúan y se influyen mutuamente" y, además reconoce que debemos interesarnos en el estudio de la familia "por la influencia que ésta tiene en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad" y, el mismo autor, nos dice que "las circunstancias que rodean a los individuos en el seno de la familia, particularmente en los primeros años de la vida, dejan huellas que más tarde influyen en su salud y enfermedades". (Idem.).

A este respecto, igualmente debemos recordar que el ser humano tiene una herencia biológica y una cultural y que, la tarea principal de la familia, respecto a los hijos consiste, principalmente, en transformar a un organismo biológico "potencialmente" humano en un ser "realmente" humano, lo que eventualmente se logra durante muchos años, en un proceso que implica proporcionar alimentos, cuidados, protección, afectos y enseñanzas adecuados para que pueda vivir y, sobre todo, convivir armónicamente con los demás por sí solo. (Cooper, en: Fuente, de la: ob. cit.). De esta manera la biología humana es como hace posible, y necesarios, los sistemas familiares y comunitarios.

Por todo lo anterior, los postulados antes expuestos pueden ser aplicados concretamente para sustentar el trabajo que ahora exponemos, en cuanto a que la psicología de la familia y de la comunidad, y la conducta, consideradas como un producto de las relaciones entre los sujetos que las forman, constituye la materia fundamental de sus estudios; o sea que, ambas, se ocupan de las interrelaciones entre los componentes de sistemas particulares (como la familia) y de las interrelaciones de esos sistemas con otros sistemas conexos (como la sociedad).

Asimismo, la psicopatología nos muestra que la disfunción mental existe como una perturbación de un sistema, antes de que como una pérdida de funciones sueltas, por lo que la salud física, y desde luego la mental, de un individuo van a depender, en última instancia, de sus vivencias y su desarrollo en un determinado sistema o universo, integrado o no, y congruente o no, con el marco biológico, fami-

liar, social y cultural en que le ha tocado vivir.

En síntesis, creemos que el enfoque utilizado nos permitirá implementar acciones preventivas, sobre bases reales, dentro del programa de Orientación Educativa, en nuestras comunidades escolares ya que, de acuerdo a nuestras observaciones y datos preliminares, los problemas emocionales de los estudiantes, que tienen origen en su vida de relación durante su desarrollo, son los que más interfieren negativamente con sus intentos de aprender y de llegar a realizarse como profesionistas y como personas.

Por último, consideramos de una gran importancia que el personal profesional de las escuelas sea capaz de reconocer los primeros síntomas de desajuste mental y social y que, al mismo tiempo, y de mayor importancia aún, procure implantar programas de prevención, que sean lo más adecuado posible, para tratar de resolver los problemas de salud mental que, probablemente, padecen algunos de los alumnos en nuestras escuelas profesionales.

### 3.- Antecedentes Científicos.

Es importante mencionar que ya existen algunos trabajos, realizados con anterioridad, sobre el tema que pretendemos desarrollar en esta investigación, entre otros, tenemos los siguientes:

1.- "Estudio Comparativo de los Niveles de Adaptación de los alumnos de 6o. semestre de un CECyT con la Prueba de H. H. Bell.", de las psicólogas Elvia Jiménez Meza, Hilda V. Navarro H. y Pilar Wals Plasencia (1987). En esta investigación algunas de las conclusiones a las que llegaron fueron:

a) Si existen diferencias significativas, en el nivel de adaptación de los alumnos que integraron la muestra de su estudio, de acuerdo con las variables: turno, sexo y labor; aún cuando en la variable generación, no encontraron diferencias.

b) La mayoría de los alumnos tienen un nivel de adaptación de "regular", "baja" y "mala", causado principalmente por el ambiente familiar y social, lo que está afectando a los jóvenes en el desarrollo de una personalidad sana.

c) En la comparación de grupos más pequeños, con las cuatro variables en combinaciones, se encontraron diferencias significativas entre los turnos, sexo y trabajo, sobre todo en las áreas escolar, social, emocional y ajuste general.

d) Por lo que se observa, la inclusión de la orientación edu-



cativa como materia curricular en los CECyT, no ha producido cambios notables, cuando menos en los niveles de adaptación, de los alumnos investigados.

2.- " Estudio Descriptivo Sobre Salud Mental y Expectativas de Orientación Educativa. En una Muestra Representativa de la Población del CECyT Narciso Bassols.", realizado en el departamento de investigación de dicho plantel, por la licenciada Alma Mireia López-Arce (1985). Esta investigación presenta una alternativa de aproximación a los problemas de salud mental, y de orientación educativa, en una comunidad escolar. Por lo que se refiere al aspecto de salud mental, los resultados obtenidos en lo que respecta a la prevalencia y tasa de morbilidad por cada 1000 estudiantes, se representa en la siguiente tabla:

TRASTORNOS MENTALES	PREVALENCIA	TASA DE MORBILIDAD
Trastornos de adaptación en la adolescencia.	32 %	36
Alcoholismo.	11 %	12
Neurosis.	34 %	23
Epilepsia.	5 %	6
Psicosis.	8 %	9
Farmacodependencia.	5 %	6
Psicopatías.	5 %	6

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

3.- " Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental en una Muestra Representativa de un Plantel de Nivel Medio Superior.", de los psicólogos Alfonso López Palacios y María Leonor Vega Ramos (1987). También en éste trabajo se encontró que, de los 592 casos, en lo que se refiere al aspecto de salud mental, se detectó un porcentaje relativamente alto, de 41.8 %, que se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental, que el 14.2 % de ellos están enfermos y que el 43.8 % corresponde a la población sana.

## CAPITULO II. Método.

### 1.- Planteamiento Del Problema.

Como mencionamos previamente la población estudiantil que asiste al departamento de Orientación Educativa de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas, presenta problemas académicos como; un bajo rendimiento escolar, reprobación, dificultad para continuar sus estudios por diferentes causas, que están relacionadas con problemas de tipo económico o emocional, tales como: inseguridad, depresión, agresión al medio, sentimientos de soledad, minusvalía, angustia, dificultad para establecer relaciones interpersonales, etc.

Para establecer una visión de cómo esta problemática va a afectar en su rendimiento académico, según algunos autores, como: Herber A. Carroll (1981). Dice "que a menor salud mental, menos rendimiento escolar".

Por lo que recurrimos al Departamento de Estadística de la Escuela, en donde obtuvimos datos de los tres semestres anteriores al que se pretende estudiar; encontramos que el 65 % de los alumnos presentan algunos problemas de orden académico.

Cabe mencionar que los dos primeros semestres que se cursan en la Escuela, son de tronco común o ciencias básicas, habiendo dos periodos de inscripción, en septiembre y en febrero. A partir del ter-

cer semestre los alumnos deben elegir una de las tres carreras que se imparten, Ingeniero Químico Industrial (IQI), Ingeniero Químico Petrolero (IQP) e Ingeniero Metalúrgico (IM). A continuación se exponen los datos estadísticos de los tres semestres analizados:

Periodo de febrero a julio de 1986.

En el Tronco Común o Ciencias Básicas, encontramos que, de un total de 800 alumnos inscritos, hay:

576 (72 %), que son reprobados o irregulares.

En las tres carreras que se imparten (IQI, IQP, IM), tenemos que, de un total de 1954 alumnos inscritos hay:

1133 (58 %), que son reprobados o irregulares.

73 (4 %), que se dieron de baja.

742 (45 %), que son alumnos regulares.

Periodo de septiembre de 1986 a febrero de 1987.

En el Tronco Común o de Ciencias Básicas se encontró que, de un total de 1051 alumnos inscritos, hay:

525 (50 %), que son reprobados o irregulares.

210 (20 %), que se dieron de baja.

315 (30 %), que son alumnos regulares.

En las tres carreras que se imparten (IQI, IQP, IM) tenemos que, de un total de 2111 alumnos inscritos hay:

1118 (53 %), que son reprobados o irregulares.

42 (2 %), que se dieron de baja.

949 (45 %), que son alumnos regulares.

Periodo de febrero a julio de 1987.

En el Tronco Común o de Ciencias Básicas; hallamos que, de un total de 730 alumnos inscritos, hay:

452 (62 %), que son reprobados o irregulares.

36 (5 %), que se dieron de baja.

241 (33 %), que son alumnos regulares.

En las tres carreras que se imparten (IQI, IQP, IM) tenemos que, de un total de 1958 alumnos inscritos, hay:

1311 (57 %), que son reprobados o irregulares.

39 (2 %), que se dieron de baja.

607 (31 %), que son alumnos regulares.

En general, de un total de 8604 alumnos inscritos en los tres periodos mencionados, tanto para los cursos de tronco común como para los de las carreras, hay:

5115 (59 %), que presentan problemas académicos: es decir, que están reprobados o irregulares.

3046 (35 %), que son alumnos regulares.

437 (5 %), se dieron de baja.

De lo anterior resulta evidente la problemática de tipo académico existente en este plantel.

El Dr. Guillermo Calderón Narváez (1994) nos dice que: "El entorno o medio ambiente en el que se desarrolla el individuo tiene relación, e influye de alguna manera en su salud mental". Así, por lo antes expuesto, consideramos la necesidad de llevar a cabo una investigación de tipo epidemiológico que sólo intenta describir la fre-

cuencia y distribución de la enfermedad y las características de la población en estudio, en esta investigación no se plantean hipótesis, sino interrogantes, como las siguientes:

1a.- ¿Cuál es la salud mental que prevalece en la comunidad estudiantil, del periodo 1987-1988, de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas (ESIQIE), del Instituto Politécnico Nacional?

2a.- ¿Y, en qué condiciones socioeconómicas se desarrolla dicha comunidad?

## 2.- Indicadores.

### 2.1. Trastorno Mental.

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

#### a) Trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia.

"Esta categoría principal está reservada a aquellos trastornos de la infancia y la adolescencia de carácter más estable, interno y resistente al tratamiento, que los trastornos situacionales transitorios pero menos que en la psicosis, la neurosis y los trastornos de la personalidad. Esta estabilidad intermedia se atribuye a la mayor

fluidez de la conducta en estas edades. Sus manifestaciones más características incluyen síntomas tales como la hiper-actividad, la falta de atención, la vergüenza, el sentimiento de rechazo, la hiper-agresividad, la timidez, la conducta delictiva" (American Psychiatric Association, 1988).

b) Alcoholismo.

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol en tal cantidad, que va en su detrimento, daño de su salud o de sus funciones sociales. (O.M.S., 1990).

c) Neurosis.

Alteraciones funcionales del sistema nervioso, sin lesión cerebral bioquímica actualmente demostrable; se caracteriza por angustia, que puede ser sentida o expresada directamente, o bien, están bajo control de diversos mecanismos psicológicos de defensa: ansiedad, depresión, conversión, fobias, etc. (Noyes, K. 1990).

d) Epilepsia.

Es la presentación repentina de movimientos involuntarios, con o sin pérdida del conocimiento, cayendo o simplemente perdiendo el contacto con su alrededor, o bien, realizando una serie de actos incongruentes con relación a los acontecimientos ambientales y, ésto, va seguido de un periodo de fatiga. (Camelice, 1991).

e) Psicosis.

Trastornos funcionales u orgánicos del sistema nervioso, se

caracteriza por cambios profundos en la personalidad, existe una desintegración transitoria, o definitiva, de la personalidad, se acompaña de trastornos de la afectividad, de la conducta, del pensamiento y falta de orientación. (O.M.S., ob. cit.).

f) Farmacodependencia.

Es el estado físico y, a veces, psíquico causado por la interacción entre el individuo y un fármaco; caracterizado por modificaciones del comportamiento, y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. (O.M.S., Ibid.).

g) Sociopatías.

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por el conflicto frecuente con la sociedad. Carece de lealtad o incumbencia para sus semejantes, ignora los códigos sociales, los valores y actúa sólo en respuesta a sus propios deseos o impulsos. (Noyes, K. 1990).

2.2. Socio Demográficos.

Se refiere a las características generales de la población: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, etc.

a) Saneamiento y vivienda.

Se refiere a las características y condiciones del medio que influyen en forma directa, o indirecta sobre el estado de salud: alimentación, vivienda y servicios públicos.



b) Servicios de salud.

Recursos institucionales para la atención de la salud: seguridad social.

c) Económicos.

Se relaciona con los aspectos socio-económicos: ingreso por familia y ocupación.

3.- Sujetos.

La presente investigación fué realizada con la población existente, de los alumnos de ambos sexos, de los turnos matutino y vespertino y del primero al noveno semestre del período 1987-1988, que formaban un total de 85 grupos (2348 alumnos), de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas del Instituto Politécnico Nacional, los que se encontraban distribuidos de la siguiente manera:

1o. y 2o. semestre, Ciencias Básicas; 3o. a 9o. semestre las 3 carreras que se imparten (Ingeniero Químico Industrial, Ingeniero Químico Petrolero e Ingeniero Metalúrgico).

4.- Escenario.

Para realizar la investigación se utilizaron las instalaciones

de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas y las aulas de clases, edificios 7, 8 y 9; ubicados en la Unidad Profesional "Adolfo López Mateos" en Zacatenco, que se encuentra localizada en la avenida Instituto Politécnico Nacional, Col. Lindavista. En dicha escuela se imparten las siguientes carreras: Ing. Químico Industrial, Ing. Químico Petrolero e Ing. Metalúrgico. El objetivo de estas carreras es formar a los profesionistas capaces de proyectar, diseñar, construir y administrar plantas químicas y metalúrgicas.

Dentro del plantel existe el Departamento de Orientación Educativa, que atiende problemas escolares, psicológicos y emocionales. Se rige por el Plan de Orientación Educativa y Desarrollo Personal de nivel superior, que está dividido en cuatro proyectos.

#### PROYECTO I.- ORIENTACION EDUCATIVA.

Contribuir a la formación del estudiante para el mejoramiento de su rendimiento escolar y propiciar el desarrollo analítico de sus capacidades, intereses y habilidades personales.

#### PROYECTO II.- ASESORIA PSICOLOGICA.

Proporcionar atención, y apoyo psicológico, con el fin de coadyuvar al desarrollo integral del alumno y de la comunidad educativa por medio de entrevistas, diagnósticos y terapias.

#### PROYECTO III.- EVENTOS DE FORMACION E INFORMACION.

Establecer un proceso continuo de vinculación, que dé como resultado, un conocimiento de la comunidad educativa; para la realización de actividades y soluciones de problemas que existan o surjan en.

la misma.

#### PROYECTO IV.- VINCULACION CON LA COMUNIDAD.

Establecer una mayor interacción entre los miembros de la comunidad, para lograr una comunicación eficiente que repercuta, posteriormente, en el individuo.

Se considera que el presente estudio dará información para diseñar nuevas estrategias de trabajo, basadas en los resultados obtenidos, para mejorar y afirmar los 4 proyectos mencionados anteriormente. Así como colaborar y ayudar al alumno para que tenga más realización como persona y estudiante.

#### 5.- Instrumentos.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

##### 5.1. Cuestionario para detectar trastornos de la salud mental.

Fue diseñado por el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y por la escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salud (1980) y adaptado por el Departamento de Investigación Educativa del CECyT "Erciso Bassols", del I.P.N. (1984). El cuestionario consta de 30 preguntas cerradas, que evalúan los siguientes trastornos:

Trastorno de adaptación de la adolescencia

Alcoholismo

Neurosis  
Epilepsia  
Psicosis  
Farmacodependencia  
Sociopatía

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

Como se menciona anteriormente, este cuestionario consta de 30 preguntas, las que se encuentran organizadas de la siguiente manera:

De la 1 a la 6, abarca preguntas acerca de los trastornos de la adaptación en la adolescencia.

De la 7 a la 8, alcoholismo.

De la 9 a la 15, neurosis.

De la 16 a la 18, epilepsia.

De la 19 a la 23, psicosis.

De la 24 a la 25, farmacodependencia.

De la 26 a la 30, sociopatía.

La calificación se llevó a cabo de la siguiente manera: para contabilizar cada pregunta el sujeto debe haber contestado afirmativamente.

Para cada trastorno se toma el número total de preguntas.

Si el sujeto respondió afirmativamente a la mitad de preguntas más uno, se considera enfermo.

Si el sujeto respondió afirmativamente a la mitad, se conside-

ra en riesgo.

Si el sujeto respondió afirmativamente a la mitad menos uno, se considera sano (ANEXO I).

### 5.2. Encuesta Socioeconómica.

Esta encuesta fué elaborada por el Departamento de Investigación Educativa del CECyT "Narciso Bassols" y esta basada en los principios de Salud Pública. Este cuestionario intenta explorar los factores demográficos, nivel de salud, alimentación, calidad de vida, tipo de vivienda, bienes y servicios y algunos aspectos económico-sociales de la población en estudio (ver ANEXO II).

### 6.- Tipo de estudio.

Considerando que no se contaba con la información necesaria para este estudio, hubo la necesidad de obtener los datos, dándole esto una característica prospectiva, y como esta información fué extraída en un breve periodo de tiempo, se considera transversal. No se controlaron variables sino que se observaron en su medio natural y, éstas, fueron solamente descritas por medio de frecuencias, lo que nos hizo diseñar una investigación de campo, de tipo epidemiológico, prospectiva, transversal, observacional y descriptiva.

## 7.- Procedimiento.

Esta parte del trabajo se divide en cuatro fases, que son las siguientes:

### Primera Fase.

Se inició esta investigación con una entrevista con el director de la Escuela, para solicitar apoyo y colaboración; una vez autorizada la investigación, se extendió un memorandum a los maestros en su tarjeta de asistencia, en el cual se pedía concedieran un tiempo en su hora de clases para la aplicación de los cuestionarios.

Las instrucciones fueron las siguientes:

Que los estudiantes contestaran sin dejar ninguna pregunta sin responder, no se puso límite de tiempo, ocupando un promedio de 15 a 30 minutos. Las encuestas fueron aplicadas por los psicólogos del Departamento de Orientación Educativa de la ESIQIE, quienes repartieron los cuestionarios e hicieron las aclaraciones pertinentes en caso de que hubiera alguna duda.

Cabe mencionar que los alumnos de la presente investigación corresponden al periodo de septiembre a febrero de 1987-1988, pero por problemas internos del I.P.N. hubo una suspensión que duró cuatro meses, perdiéndose un semestre; iniciándose el nuevo periodo de clases, de febrero a julio de 1988, con los mismos alumnos inscritos en el periodo anterior y no habiendo inscripción en este nuevo periodo. Se aplicaron las encuestas durante los meses de julio y agosto de 1988 quedando así, para el presente estudio, el periodo 1987-1988.

**Segunda Fase.**

Se llevó a cabo la calificación del cuestionario de "Salud Mental", de acuerdo a los criterios establecidos y mencionados con anterioridad.

**Tercera Fase.**

Se procedió a vaciar las respuestas de los cuestionarios socio-económico, de los 85 grupos; clasificándolos por edad y sexo en hojas de tabulación, para facilitar la captura de datos en la computadora y así poder procesar los datos en frecuencias, porcentajes y medias, de acuerdo a los criterios de la Estadística Descriptiva.

Con respecto al cuestionario de salud mental, se clasificó a la población en sana, en riesgo y enferma; posteriormente, se obtuvieron las tasas de prevalencia y morbilidad, utilizando las siguientes fórmulas:

$$* \text{ TASA DE MORBILIDAD} : \frac{\text{NO. DE CASOS DETECTADOS}}{\text{TOTAL DE POBLACION}} \times 100$$

$$* \text{ TASA DE PREVALENCIA} : \frac{\text{NO. DE CASOS DETECTADOS}}{\text{TOTAL DE POBLACION ENFERMA}} \times 100$$

#### Cuarta Fase.

A continuación se elaboraron los cuadros, y sus respectivas gráficas, con los datos obtenidos en las respuestas de cada variable, para mostrar así, los resultados de la investigación, las tasas de morbilidad se dan por cada 100 alumnos.

Cabe mencionar que contamos con la continua, y muy valiosa, asesoría del Ing. Federico Domínguez, maestro de la propia ESTQIE, quien se ocupó de hacer el programa estadístico para procesar los datos en computadora, siendo necesario que nosotras tomáramos un curso de computación con él, para realizar personalmente la captura de datos e interpretación de los mismos.



### CAPITULO III. Resultados.

En el estudio, los instrumentos utilizados se aplicaron a 85 grupos del primero al noveno semestres, de los turnos matutino y vespertino, abarcando las tres carreras (IQI, IQP, IIN) siendo la población total. 2348 alumnos.

Indudablemente la salud de una población se mide en relación al número de personas que viven una vida sana, desde el punto de vista físico, mental y social y que trabajan con utilidad para la sociedad.

Por lo que respecta, al nivel de salud mental de la población en estudio se encontró lo siguiente:

Que un 64 % de la población es sana; esto es, que no presenta alteraciones mentales, un 25 % de los alumnos fueron detectados con alto riesgo de iniciar algún problema o trastorno psicológico y el 11 % se detectó con enfermedades mentales. (Cuadro y gráfica # 1).

Por lo que se refiere a la población en riesgo, los trastornos mentales se jerarquizaron de la siguiente forma:

Neurosis con el 67.6 %, trastornos de la adolescencia 18.5 %, farmacodependencia con 4.5 %, alcoholismo, con 3.7 %, psicosis 2.9 % y sociopatía 2.5 %. (Cuadro y gráfica # 2).

El trastorno mental que se presenta más frecuentemente es:

nuestra población enferma, es la neurosis, con el 71.5 %; subsecuentemente, en orden de prevalencia, le siguió trastornos de la adolescencia con 9.7 %, sociopatía con 6.6 %, alcoholismo con 4.2 %, psicosis con 3.1 %, farmacodependencia con 2.7 % y, por último, la epilepsia con 1.9 %. (Cuadro y gráfica # 3).

De lo antes expuesto, resulta una tasa de morbilidad de 10.9 por cada 100 estudiantes. (Cuadro y gráfica # 4).

En relación a la información demográfica, que se refiere a los datos que nos proporcionan las características de la población y las que representan, directa o indirectamente, los niveles de salud de la misma, tenemos lo siguiente.

De la población estudiada, la mayoría son del sexo masculino, 74 % y, el 26 % son del sexo femenino. (Cuadro y gráfica # 5).

En cuanto a la edad, fluctúan entre 17 y 26 años o más, siendo el promedio de edad de 21.1 años. (Cuadro y gráfica # 6).

Casi la totalidad son solteros, 97.6 %, casados, 2.1 %. Un viudo, 0.04 %; dos que viven en concubinato, 0.08 %, y dos que no dieron datos, 0.08 %. (Cuadro y gráfica # 7).

En cuanto al lugar de procedencia, se encontró que la mayoría radican en el Distrito Federal, 91.6 %; son foráneos el 8.1 %, y seis no dieron datos, 0.25 %. (Cuadro y gráfica # 8).

A continuación mencionaremos algunos antecedentes familiares de los alumnos: tienen familias completas 79.%; alumnos sin padre, 11.9 %; sin madre, 3.2 % y, sin ambos, 5.7 %; con un promedio de 6.3 miembros por familia. (Cuadro y gráfica # 9).

La edad de los padres fluctúa entre 40 y 60 años, distribuida de la siguiente manera: en cuanto a la edad de padre de 51 a 60 años, 37 %; de 40 a 50 años, 35 %; de 61 en adelante, 11 % y sin datos, 17 %. (Cuadro y gráfica # 10).

Por lo que se refiere a la edad de las madres, encontramos que más de la mitad tiene de 40 a 50 años, 58 %; de 51 a 60, 28 %; de 61 en adelante, 5 %, y sin datos 9 %. (Cuadro y gráfica # 11).

En cuanto al estado civil de los padres, encontramos que la mayoría son casados, 78.3 %; viudos, 1.10 %; divorciados, 0.63 %; concubinos, 0.5 %, y sin datos, 18.8 %. (Cuadro y gráfica # 12).

Por lo que se refiere a la escolaridad de los padres, ésta fue la siguiente: primaria, 46.9 %; secundaria, 13.6 %; superior, 10.5 %; media superior, 7.9 %, y sin datos, 20.7 %. (Cuadro y gráfica # 13).

En cuanto a las madres: primaria, 58.3 %; secundaria, 14.3 %; media superior, 9.4 %; superior, 4.5 %, y sin datos, 13.2 %. (Cuadro y gráfica # 14).

Respecto a la ocupación de los padres, tenemos que, se desempeñan como empleados, 33.4 % siguiendo, en orden subsecuente, los no-

merciantes, 16.2 %; obreros, 13.7 % profesionistas, 6.5 %; pensionados, 6.3 %; campesinos, 4.3 %, y sin datos, 18.7 %. (Cuadro y gráfica # 15).

En cuanto a la ocupación de las madres, tenemos que la mayoría son amas de casa, 73.7 %; siguiendo las empleadas, 7.7 %; comerciantes, 0.3 %; profesionistas, 4.6 %; pensionadas, 0.4 %; obreras 1.1 %; campesinas, 0.1 %; estudiantes, 0.1 %, y sin datos, 9.4 %. (Cuadro y gráfica # 16).

Analizando el tipo de vivienda del alumnado tenemos que, viven en casa propia, 81.3 %; en un cuarto, 9.7 %; otros, 8.6 %, y sin datos, 0.3 %. (Cuadro y gráfica # 17).

Con respecto a la calidad de vivienda, se encontró que, están construidas con tabique, 80.4 %; con cemento, 17.7 %; de asbesto, 0.2 %; otros, 1.1 %, y sin datos, 0.2 %. (Cuadro y gráfica # 18).

Cuentan con techo de concreto, 87.4 %; de asbesto, 6.4 %; lmina, 5.4 %; de cartón, 0.5 %, y sin datos, 0.1 %. (Cuadro y gráfica # 19).

En cuanto al piso, es de cemento, 71 %; de tierra, 0.8 %; otros, 27.7 %, y sin datos, 0.2 %. (Cuadro y gráfica # 20).

Cuentan con baño propio, 91.7 %; común, 6.9 %; fosa séptica,

0.8 %; al aire libre, 0.2 %, y sin datos, 0.1 %. (Cuadro y gráfica # 21).

Por lo que se refiere al número de cuartos (sin contar cocina y baño), cuentan con un solo cuarto, 8.5 %; con dos cuartos, 16.5 %; con tres cuartos, 27.7 %; con cuatro cuartos o más, 46.9 %, y sin datos, 0.1 %. (Cuadro y gráfica # 22).

Se obtuvo un promedio de 3.13 cuartos por vivienda, y un promedio de 3.1 personas por cuarto.

En lo que respecta al número de personas por cama encontramos que, tienen una persona por cama, 75.6 %; con dos personas por cama, 22.7 %; con tres personas por cama, 1.1 %, y sin datos, 0.3 %. Se obtuvo un promedio de 1.24 personas por cama. (Cuadro y gráfica # 23).

Los servicios públicos con los que cuentan, son: alumbrado, 100 %; drenaje, 97 %; agua potable, 90 %. (Cuadro y gráfica # 24).

Los medios con los que cuentan los alumnos son: telégrafo, 75 %; correo, 64 %; teléfono, 47 %. (Cuadro y gráfica # 25).

Los medios de transporte con los que cuentan, son: camión, 93 %; colectivo 77 %; metro, 59 %; taxi, 49 %; bicicleta, 38 %; trolebús, 29 %; auto propio, 28 %; motocicleta, 13 %, y tren ligero 1.1 %. (Cuadro y gráfica # 26).

Para trasladarse a su centro de estudios, los transportes más

usados, son: camión, 83.5 %; metro, 37.4 %; colectivo, 26.8 %; auto propio, 3.2 %; trolebús, 1.3 %; tren ligero, 0.5 %; taxi, 0.5 %; bicicleta, 0.2 %; motocicleta, 0 %, y otros, 5.3 %. (Cuadro y gráfica # 27).

La mayoría de la población cuenta con aparatos eléctricos: radio, 94 %; televisión, 92 %; estéreo, 42 %; refrigerador, 83 %, y otros, 40 %. (Cuadro y gráfica # 28).

Uno de los factores que influyen directamente en el estado de salud de la población, es la alimentación, que determina la calidad de vida de los miembros de la colectividad. Al respecto se encontró que los 7 días de la semana, el 52 % consume leche; fruta, 34 %; verdura, 29 %; huevo, 27 %; cereal, 14 %; carne, 7%, y pescado, 1 %. (Cuadro y gráfica # 29 ).

Alimentación de tres días por semana reporta que, el 27 % consume carne; huevo, 21 %; verdura, 18 %; fruta, 15 %; cereal, 14 %; leche, 9 %, y pescado, 3 %. (Cuadro y gráfica # 29 A).

En alimentación de dos días por semana, se halló que el 20 % consume carne; cereal 16 %; pescado, 14 %; huevo, 13 %; fruta, 10 %; verdura, 9 %, y leche, 6 %. (Cuadro y gráfica # 29 B).

Respecto a los servicios de salud, se encontró que el 37 % cuenta con el IMSS; con ISSSTE, 11 %; dispensario, 5 %; médico particular, 40 %, y otros, 16 %. (Cuadro y gráfica # 30).

En lo que se refiere al aspecto económico-social, los ingresos familiares fueron reportados de la siguiente manera, considerando que el salario mínimo, en el momento de la aplicación era de \$ 250,000. Cuentan con menos del salario mínimo el 5 %; con el mínimo, 25 %; de 400 a 600 mil, que equivale a dos veces el salario mínimo, 23 %; de 600 a 800 mil, que equivale a tres veces el salario mínimo, 9 %; de 800 a un millón, que equivale a cuatro veces el salario mínimo, 6 %; de un millón y más, que equivale a cuatro veces o más el salario mínimo, 5 %, y sin datos, 28 %. (Cuadro y gráfica # 31).

## DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION

DIAGNOSTICO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SANA	1165	67	338	56	1503	64
EN RIESGO	417	24	171	28	588	25
ENFERMA	159	9	98	16	257	11
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 1



## DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION

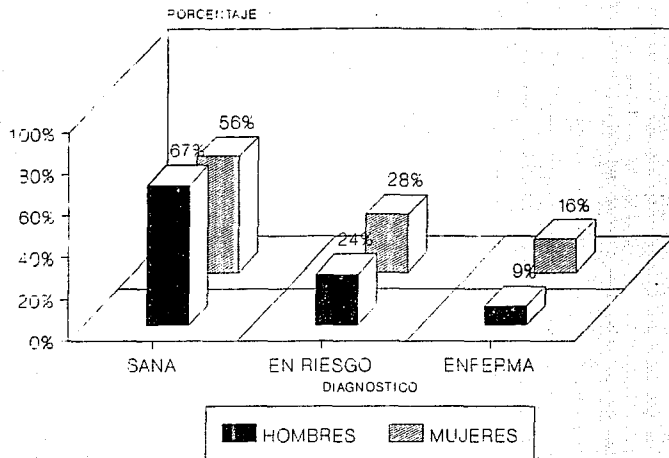


GRAFICO 1

## POBLACION EN RIESGO

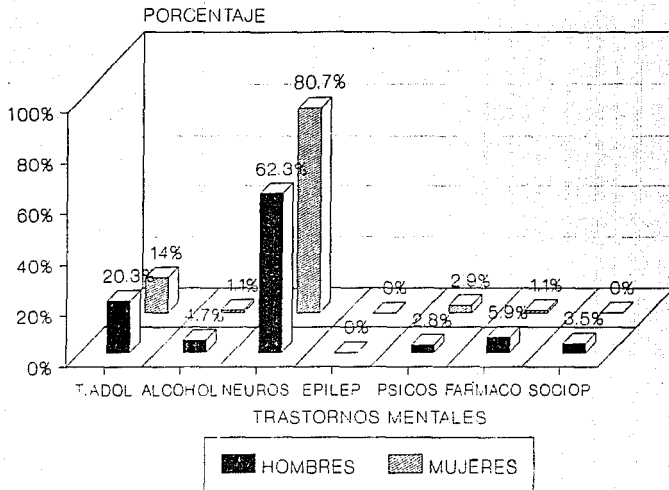
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
TRASTORNOS MENTALES						
1. TRASTORNOS DE LA ADOLESCENCIA	85	20.3	24	14.0	109	18.5
2. ALCOHOLISMO	20	4.7	2	1.1	22	3.7
3. NEUROSIS	260	62.3	138	80.7	398	67.6
4. EPILEPSIA	0	0	0	0	0	0
5. PSICOSIS	12	2.8	5	2.9	17	2.8
6. FARMACO-DEPENDENCIA	25	5.9	2	1.1	27	4.5
7. SOCIOPATIA	15	3.5	0	0	15	2.5
TOTALES	417	100	171	100	588	100

NO DE ALUMNOS EN RIESGO: 588

POBLACION TOTAL: 2348

CUADRO 2

## POBLACION EN RIESGO



GRAFICA 2

## MORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES

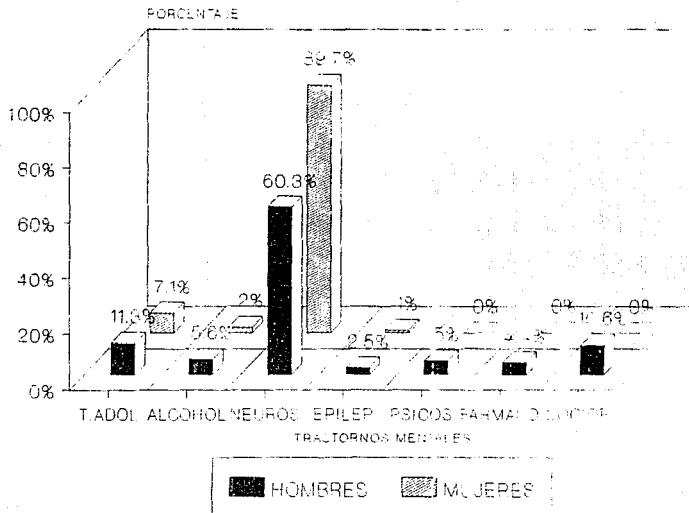
TRASTORNOS MENTALES	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1. TRASTORNOS DE LA ADOLESCENCIA	18	11.3	7	7.1	25	9.7
2. ALCOHOLISMO	9	5.6	2	2.0	11	4.2
3. NEUROSIS	96	60.3	88	89.7	184	71.5
4. EPILEPSIA	4	2.5	1	1.0	5	1.9
5. PSICOSIS	8	5.0	0	0	8	3.1
6. FARMACO-DEPENDENCIA	7	4.4	0	0	7	2.7
7. SOCIOPATIA	17	10.6	0	0	17	6.6
TOTALES	159	100	98	100	257	100

NO. DE ALUMNOS ENFERMOS: 257

POBLACION TOTAL: 2348

CUADRO 3

## MORBILIDAD DE TRANSTORNOS MENTALES



GRAFICA 3

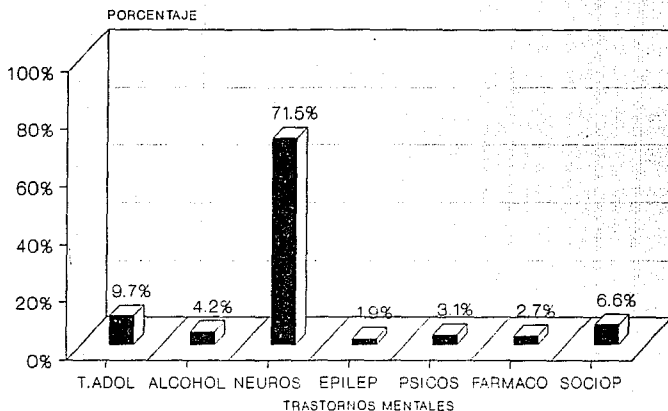
**TASA DE PREVALENCIA POR TRASTORNOS MENTALES  
EN ESTUDIANTES DE 17 A 26 AÑOS DE ESQUIE IPN  
JULIO DE 1988**

TRASTORNOS MENTALES	F	%
1. TRASTORNOS DE LA ADOLESCENCIA	25	9.7
2. ALCOHOLISMO	11	4.2
3. NEUROSIS	184	71.5
4. EPILEPSIA	5	1.9
5. PSICOSIS	8	3.1
6. FARMACO-DEPENDENCIA	7	2.7
7. SOCIOPATIA	17	6.6
TOTALES	257	100

TASA DE MORBILIDAD: 10.9 POR CADA  
100 ESTUDIANTES

CUADRO 4

### TASA DE PREVALENCIA POR TRAST. MENT. EN ESTUDIANTES DE ESQUIE JULIO 1988.



GRAFICA 4

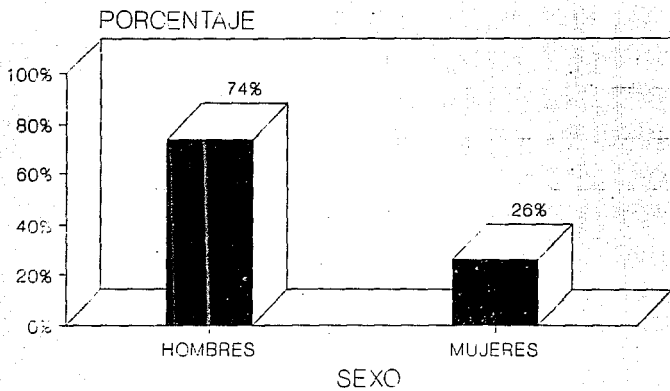
## DISTRIBUCION DE CASOS POR SEXO

HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
F	%	F	%	F	%
1741	74	607	26	2348	100

CUADRO 5



## DISTRIBUCION DE CASOS POR SEXO



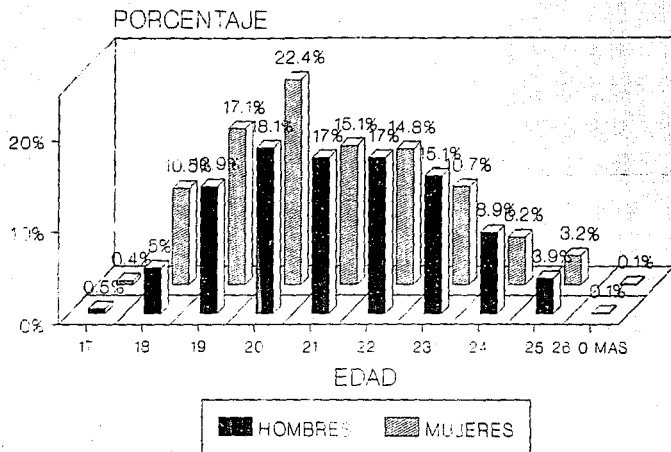
GPAFICA 5

### DISTRIBUCION DE CASOS POR EDAD

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
17	10	0.5	3	.4	13	0.5
18	88	5.0	64	10.5	152	6.4
19	243	13.9	104	17.1	347	14.7
20	316	18.1	136	22.4	452	19.2
21	297	17.0	92	15.1	389	16.5
22	296	17.0	90	14.8	386	16.4
23	263	15.1	65	10.7	328	13.9
24	156	8.9	32	5.2	188	8.0
25	69	3.9	20	3.2	89	3.7
26 O MAS	3	0.1	1	0.1	4	0.1
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 6

## DISTRIBUCION DE CASOS POR EDADES



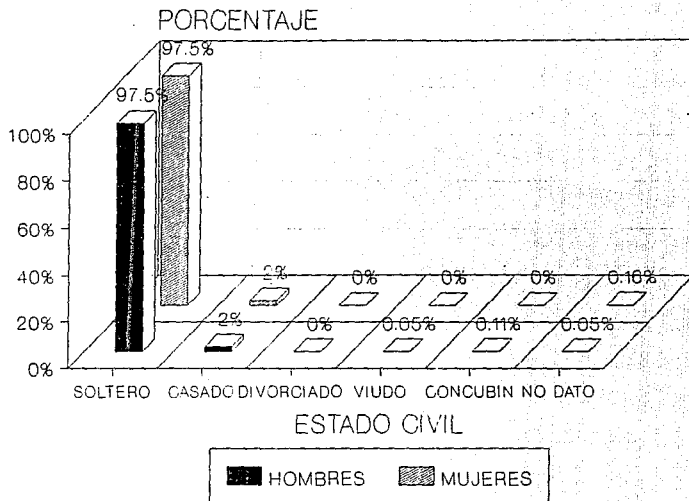
GRAFICA 6

## ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SOLTERO	1701	97.5	592	97.5	2293	97.6
CASADO	36	2.0	14	2	50	2.1
DIVORCIADO	0	0	0	0	0	0
VIUDO	1	.05	0	0	1	.04
CONCUBINO	2	.11	0	0	2	.08
NO DATOS	1	.05	1	.16	2	.08
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 7

# ESTADO CIVIL



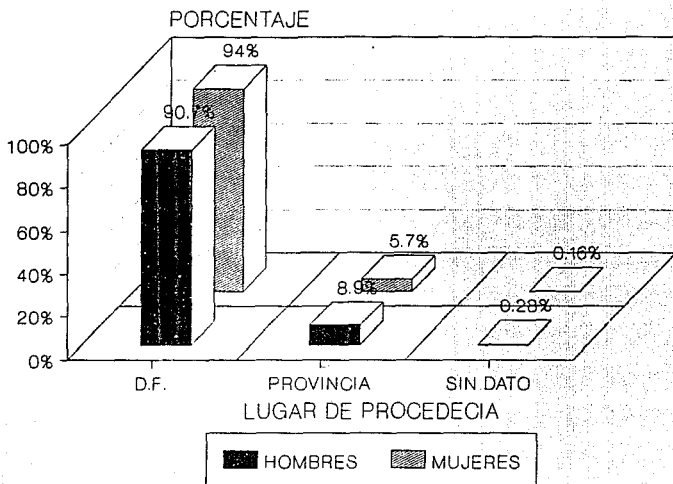
GRAFICA 7

## LUGAR DE PROCEDENCIA

ORIGEN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
D.F.	1580	90.7	571	94.0	2151	91.6
PROVINCIA	156	8.9	35	5.7	191	8.1
SIN DATOS	5	.28	1	.16	6	.25
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 8

# LUGAR DE PROCEDENCIA



GRAFICA 8

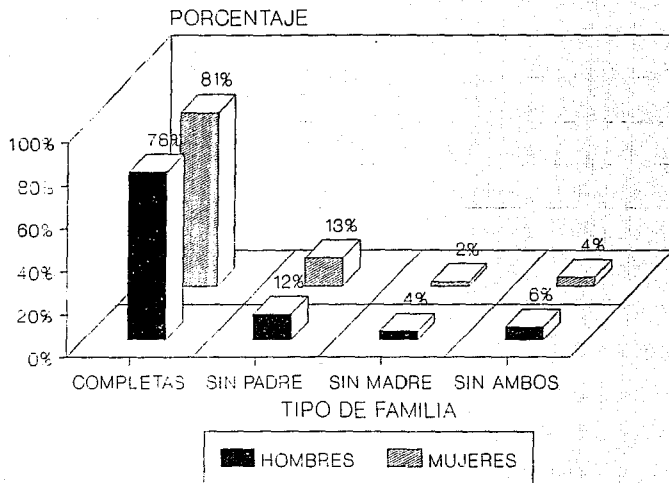
## TIPO DE FAMILIA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
FAMILIAS						
COMPLETAS	1363	78	492	81	1855	79.0
SIN PADRE	203	12	77	13	280	11.9
SIN MADRE	66	4	12	2	78	3.2
SIN AMBOS	109	6	26	4	135	5.7
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 9



## TIPO DE FAMILIA



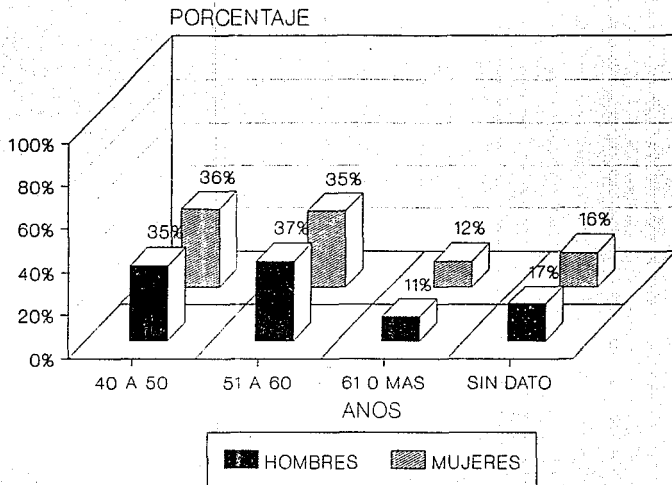
GRAFICA 9

## EDAD DE LOS PADRES

ANOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
40 A 50	603	35	219	36	822	35
51 A 60	644	37	215	35	859	37
61 EN ADELANTE	186	11	73	12	259	11
SIN DATOS	308	17	100	16	408	17
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 10

# EDAD DE LOS PADRES



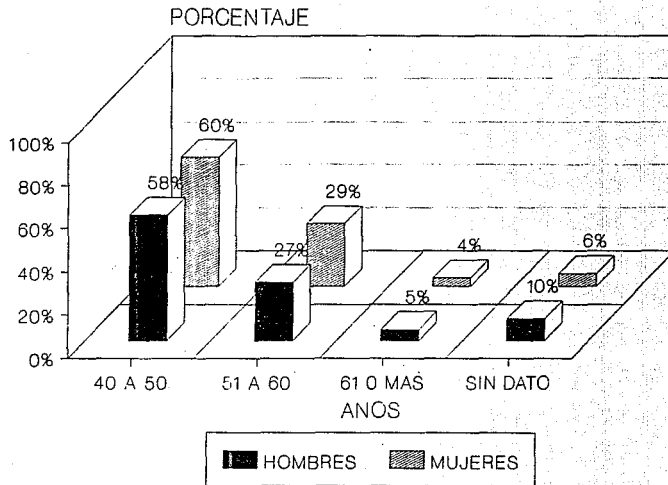
GRAFICA 10

## EDAD DE LAS MADRES

ANOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
40 A 50	1007	58	366	60	1373	58
51 A 60	474	27	178	29	652	28
61 EN ADELANTE	88	5	27	4	115	5
SIN DATOS	172	10	36	6	208	9
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 11

# EDAD DE LAS MADRES



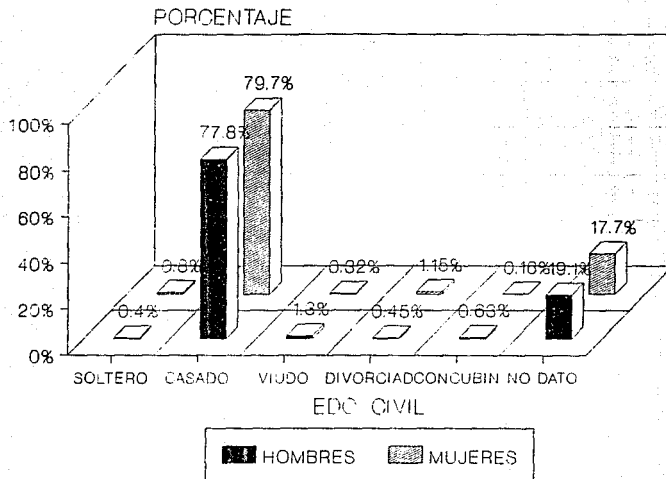
GRAFICA 11.

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

EDO. CIVIL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SOLTERO	8	0.4	5	.8	13	.55
CASADO	1356	77.8	484	79.7	1840	78.3
VIUDO	24	1.3	2	.32	26	1.10
DIVORCIADO	8	0.45	7	1.15	15	.63
CONCUBINO	11	0.63	1	.16	12	.5
NO DATOS	334	19.1	108	17.7	442	18.8
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 12

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



GRAFICA 12

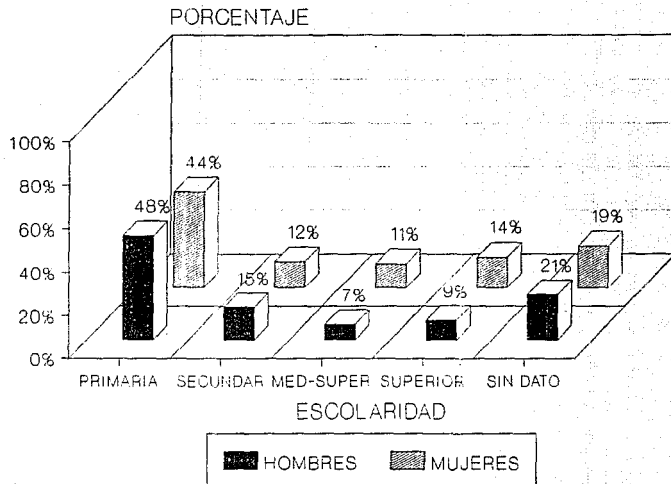
### ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

GRADO ESCOLAR	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	832	48	270	44	1102	46.9
SECUNDARIA	253	15	72	12	321	13.6
MEDIA SUPERIOR	121	7	66	11	187	7.9
SUPERIOR	164	9	83	14	247	10.5
SIN DATOS	371	21	116	19	487	20.7
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 13



# ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



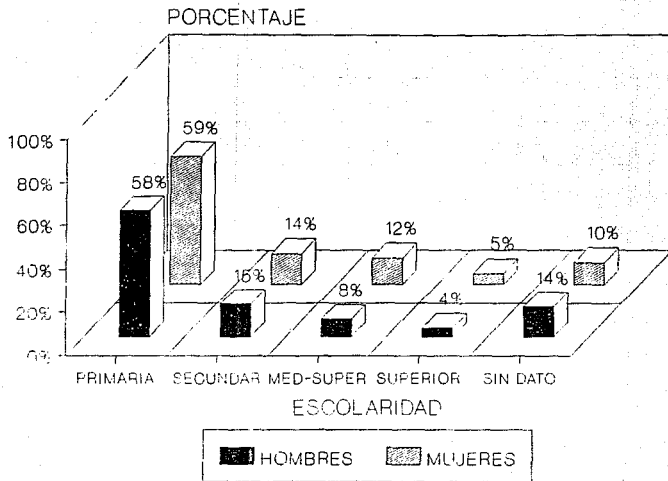
GRAFICA 13

## ESCOLARIDAD DE LAS MADRES

GRADO ESCOLAR	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	1012	58	358	59	1370	58.3
SECUNDARIA	256	15	82	14	338	14.3
MEDIA SUPERIOR	147	8	75	12	222	9.4
SUPERIOR	75	4	33	5	108	4.5
SIN DATOS	251	14	59	10	310	13.2
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 14

## ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



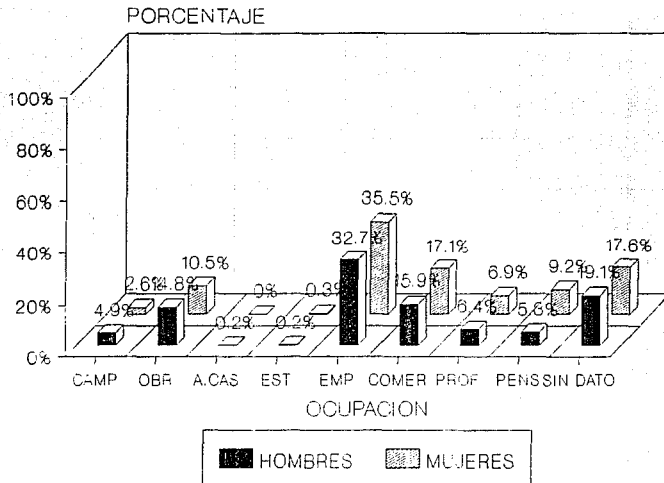
GRAFICA 14

### OCUPACION DE LOS PADRES

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.CAMPESINO	87	4.9	16	2.6	103	4.3
2.OBRERO	259	14.8	64	10.5	323	13.7
3.AMA DE CASA	4	0.2	0	0	4	0.1
4.ESTUDIANTE	4	0.2	2	0.3	6	0.2
5.EMPLEADO	570	32.7	216	35.5	786	33.4
6.COMERCIANTE	278	15.9	104	17.1	382	16.2
7.PROFESIONISTA	112	6.4	42	6.9	154	6.5
8.PENSIONADO	93	5.3	56	9.2	154	6.5
9.SIN DATOS	334	19.1	107	17.6	441	18.7

CUADRO 15

# OCUPACION DE LOS PADRES



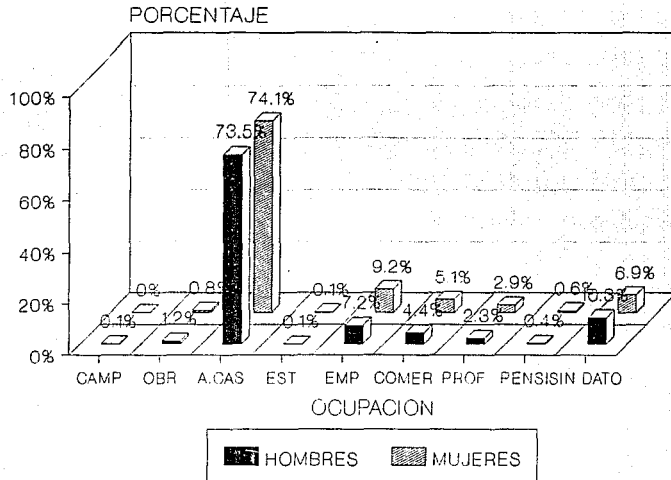
GRAFICA 15

### OCUPACION DE LAS MADRES

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.CAMPESINO	3	0.1	0	0	3	0.1
2.OBRERO	21	1.2	5	0.8	26	1.1
3.AMA DE CASA	1281	73.5	450	74.1	1731	73.7
4.ESTUDIANTE	2	0.1	1	0.1	3	0.1
5.EMPLEADO	127	7.2	56	9.2	183	7.7
6.COMERCIANTE	78	4.4	31	5.1	109	4.6
7.PROFESIONISTA	41	2.3	18	2.9	59	2.5
8.PENSIONADO	7	0.4	4	0.6	11	0.4
9.SIN DATOS	181	10.3	42	6.9	223	9.4

CUADRO 16

# OCUPACION DE LAS MADRES



GRAFICA 16

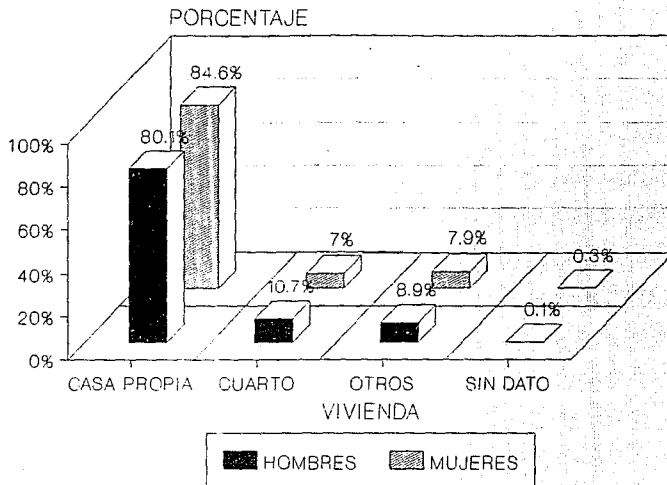
## TIPO DE VIVIENDA

VIVIENDA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CASA PROPIA	1396	80.1	514	84.6	1910	81.3
CUARTO	187	10.7	43	7.0	230	9.7
OTROS	155	8.9	48	7.9	203	8.6
SIN DATOS	3	.1	2	.3	5	.3
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 17



# TIPO DE VIVIENDA



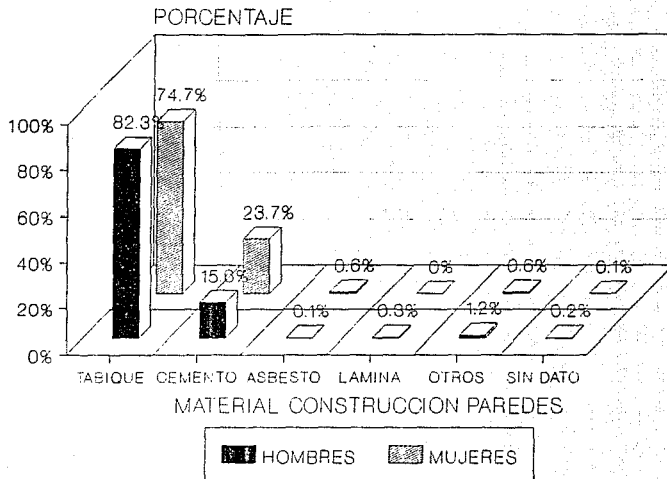
GRAFICA 17

## CALIDAD DE LA VIVIENDA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MATERIAL CONST. PAREDES						
TABIQUE	1433	82.3	454	74.7	1888	80.4
CEMENTO	272	15.6	144	23.7	416	17.7
ASBESTO	3	.1	4	.6	7	.2
LAMINA	6	.3	0	0	6	.2
OTROS	22	1.2	4	.6	26	1.1
SIN DATOS	4	.2	1	.1	5	.2
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 18

# CALIDAD DE LA VIVIENDA



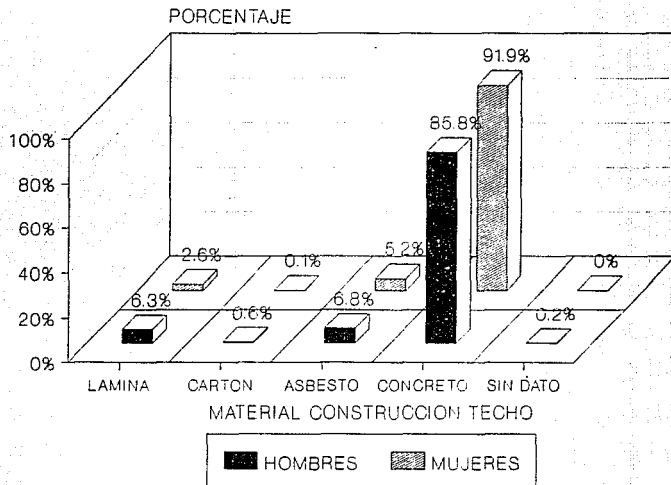
GRAFICA 18

## CALIDAD DE LA VIVIENDA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MATERIAL CONST. DEL TECHO						
LAMINA	111	6.3	16	2.6	127	5.4
CARTON	12	.6	1	.1	13	.5
ASBESTO	119	6.8	32	5.2	151	6.4
CONCRETO	1495	85.8	558	91.9	2053	87.4
SIN DATOS	4	.2	0	0	4	.1
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 19

# CALIDAD DE LA VIVIENDA



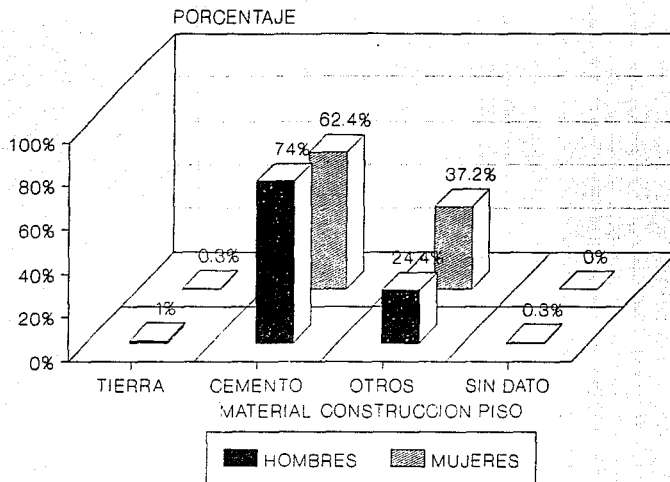
GRAFICA 19

## CALIDAD DE LA VIVIENDA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MATERIAL CONST DEL PISO						
TIERRA	19	1.0	2	0.3	21	.8
CEMENTO	1290	74.0	379	62.4	1669	71.
OTROS	426	24.4	226	37.2	652	27.7
SIN DATOS	6	.3	0	0	6	.2
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 20

# CALIDAD DE LA VIVIENDA



GRAFICA 20

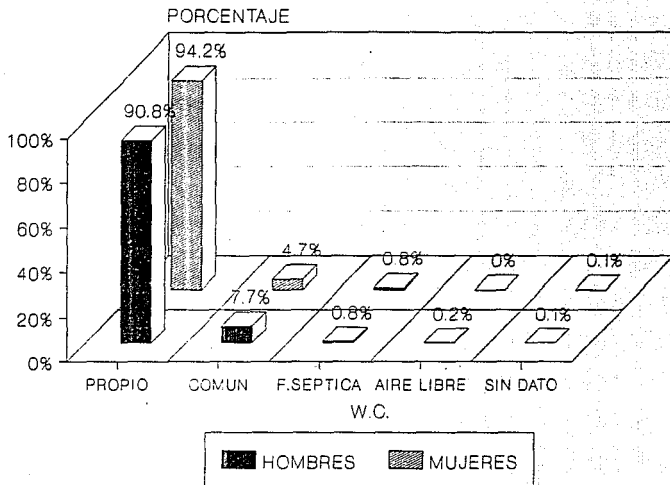
## CALIDAD DE LA VIVIENDA

W.C.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PROPIO	1582	90.8	572	94.2	2154	91.7
COMUN	135	7.7	29	4.7	164	6.9
FOSA SEPTICA	15	.8	5	.8	20	.8
AIRE LIBRE	6	.2	0	0	6	.2
SIN DATOS	3	.1	1	.1	4	.1
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 21



# CALIDAD DE LA VIVIENDA



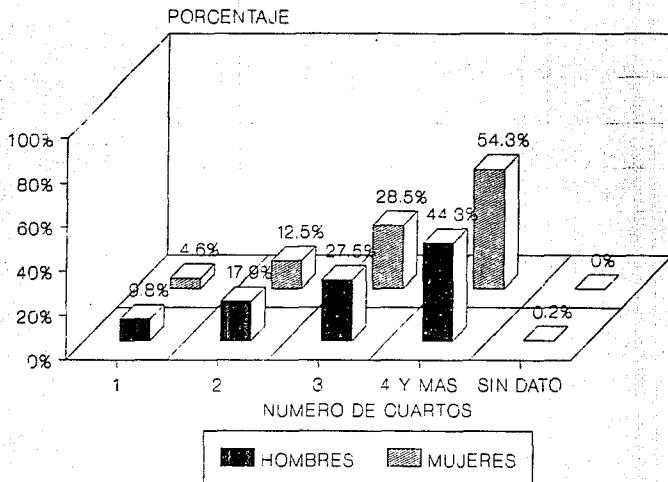
GRAFICA 21

## CALIDAD DE LA VIVIENDA

NUMERO DE CUARTOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1	172	9.8	28	4.6	200	8.5
2	313	17.9	76	12.5	389	16.5
3	479	27.5	173	28.5	652	27.7
4 Y MAS	773	44.3	330	54.3	1103	46.9
SIN DATOS	4	.2	0	0	4	.1
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 22

# CALIDAD DE LA VIVIENDA



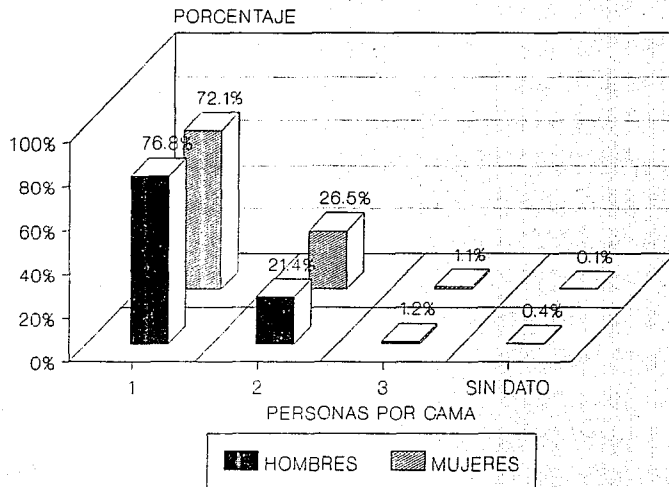
GRAFICA 22

## CALIDAD DE VIDA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1	1338	76.8	438	72.1	1776	75.6
2	374	21.4	161	26.5	535	22.7
3	21	1.2	7	1.1	28	1.1
SIN DATOS	8	.4	1	.1	9	.3
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

CUADRO 23

# CALIDAD DE LA VIVIENDA



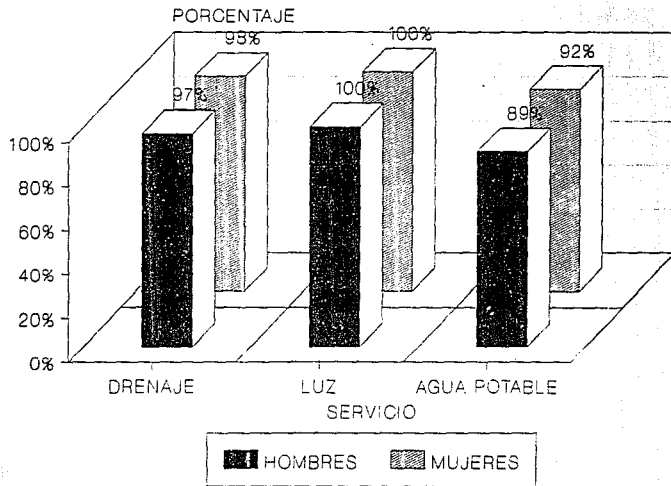
GRAFICA 23

## SERVICIOS PUBLICOS

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
DIAGNOSTICO						
DRENAJE	1689	97	594	98	2283	97
LUZ	1736	100	606	100	2342	100
AGUA POTABLE	1549	89	559	92	2105	90

CUADRO 24

## SERVICIOS PUBLICOS



GRAFICA 24

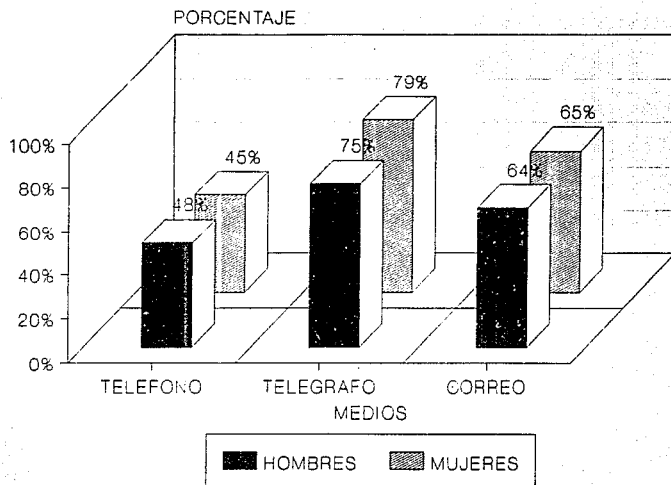
## MEDIOS DE COMUNICACION

MEDIOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
TELEFONO	837	48	276	45	1113	47
TELEGRAFO	1308	75	479	79	1787	76
CORREO	1113	64	392	65	1505	64

CUADRO 25



## MEDIOS DE COMUNICACION



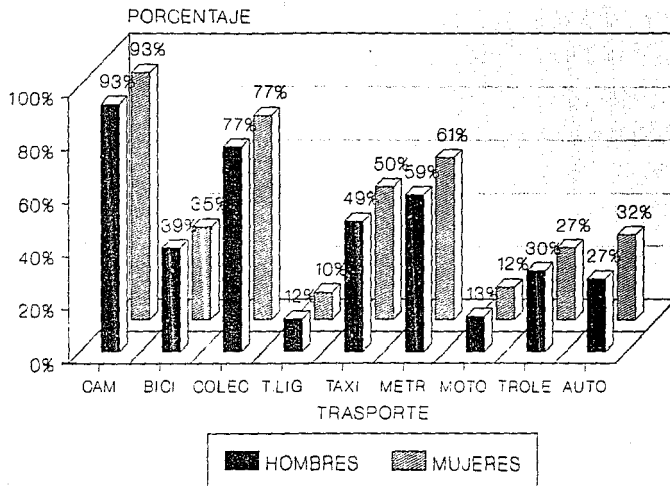
GRAFICA 25

## MEDIOS DE TRANSPORTE

TRANSPORTE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.CAMION	1616	93	563	93	2179	93
2.BICICLETA	676	39	213	35	889	38
3.COLECTIVO	1333	77	470	77	1803	77
4.TREN LIGERO	205	12	59	10	264	11
5.TAXI	853	49	304	50	1157	49
6.METRO	1028	59	369	61	1397	59
7.MOTOCICLETA	223	13	75	12	298	13
8.TROLEBUS	530	30	162	27	692	29
9.AUTO PROPIO	470	27	196	32	666	28

CUADRO 26

# MEDIOS DE TRANSPORTE



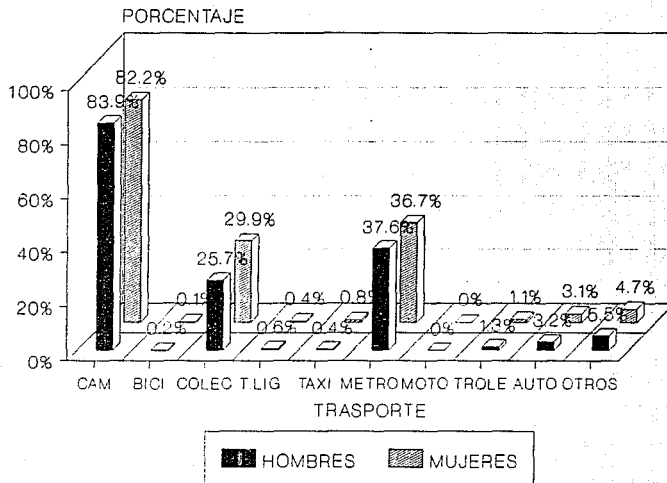
GRAFICA 26

### TRANSPORTE AL CENTRO DE ESTUDIOS

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.CAMION	1462	83.9	499	82.2	1961	83.5
2.BICICLETA	5	.2	1	.1	6	.2
3.COLECTIVO	448	25.7	182	29.9	630	26.8
4.TREN LIGERO	11	.6	3	.4	14	.5
5.TAXI	8	.4	5	.8	13	.5
6.METRO	656	37.6	223	36.7	879	37.4
7.MOTOCICLETA	0	0	0	0	0	0
8.TROLEBUS	24	1.3	7	1.1	31	1.3
9.AUTO PROPIO	57	3.2	19	3.1	76	3.2
10.OTROS	96	5.5	29	4.7	125	5.3

CUADRO 27

# TRANSPORTE AL CENTRO DE ESTUDIO



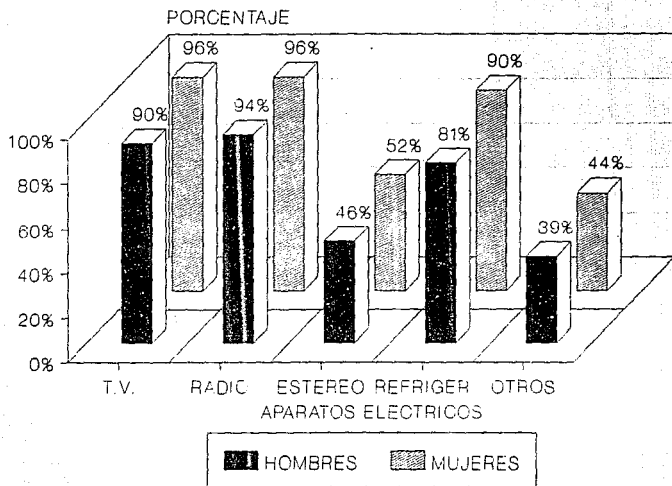
GRAFICA 27

## TIPO DE VIDA

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
APARATOS ELECTRICOS						
TELEVISION	1575	90	581	96	2156	92
RADIO	1634	94	580	96	2214	94
ESTEREO	804	46	315	52	1119	48
REFRIGERADOR	1408	81	546	90	1954	83
OTROS	674	39	267	44	941	40

CUADRO 28

## TIPO DE VIDA



GRAFICA 28

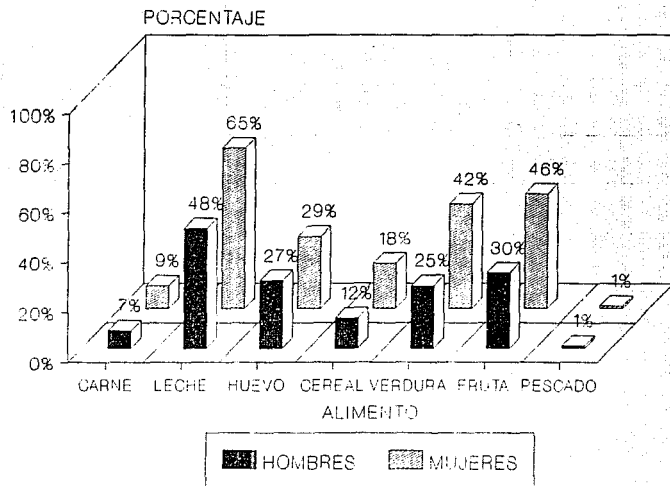
## ALIMENTACION DE 7 DIAS A LA SEMANA

ALIMENTO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CARNE	118	7	56	9	174	7
LECHE	838	48	392	65	1230	52
HUEVO	462	27	173	29	635	27
CEREAL	210	12	110	18	320	14
VERDURA	434	25	255	42	689	29
FRUTA	516	30	282	46	798	34
PESCADO	17	1	4	1	21	1

CUADRO 29



# ALIMENTACION 7 DIAS A LA SEMANA



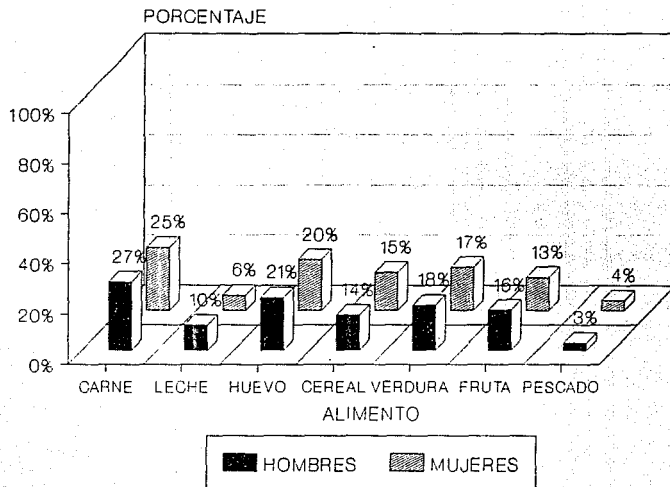
GRAFICA 29

### ALIMENTACION DE 3 DIAS A LA SEMANA

ALIMENTO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CARNE	472	27	154	25	626	27
LECHE	178	10	37	6	215	9
HUEVO	366	21	119	20	485	21
CEREAL	239	14	90	15	329	14
VERDURA	319	18	102	17	421	18
FRUTA	275	16	76	13	351	15
PESCADO	53	3	27	4	80	3

CUADRO 29-A

# ALIMENTACION 3 DIAS A LA SEMANA



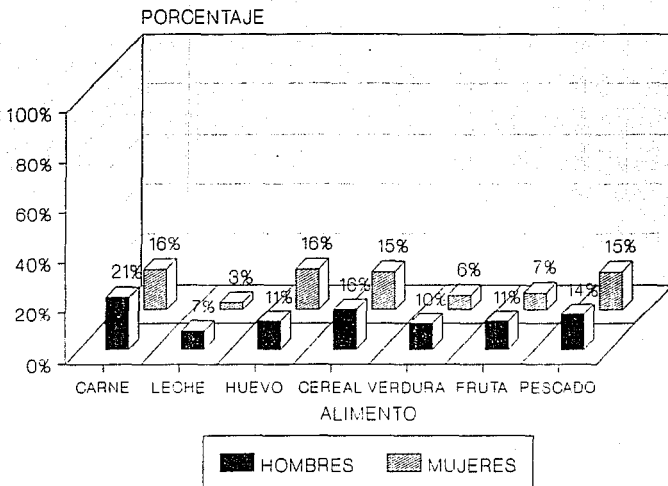
GRAFICA 29-A

## ALIMENTACION DE 2 DIAS A LA SEMANA

ALIMENTO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CARNE	363	21	100	16	463	20
LECHE	117	7	21	3	138	6
HUEVO	197	11	100	16	297	13
CEREAL	278	16	90	15	368	16
VERDURA	181	10	37	6	218	9
FRUTA	196	11	41	7	237	10
PESCADO	245	14	89	15	334	14

CUADRO 29-B

## ALIMENTACION 2 DIAS A LA SEMANA



GRAFICA 29-B

## SERVICIO DE SALUD

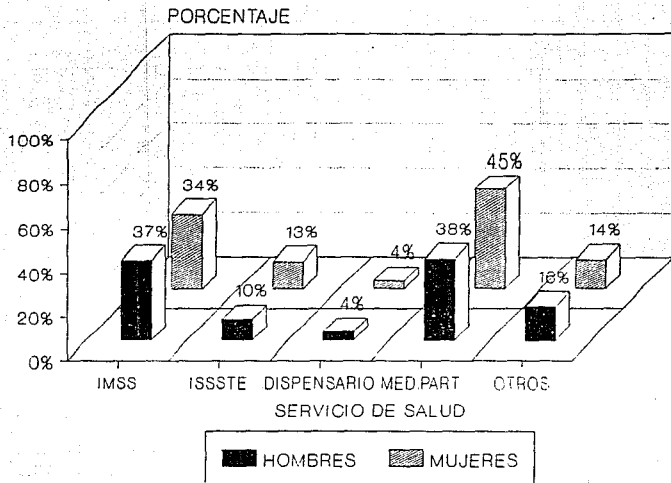
SERVICIO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
I.M.S.S.	657	37	207	34	864	37
I.S.S.S.T.E.	188	10	79	13	256	11
DISPENSARIO	79	4	26	4	107	5
MEDICO PARTIC.	669	38	274	45	943	40
OTROS	290	16	84	14	374	16

NOTA: ALGUNOS ALUMNOS ACUDEN A MAS DE UN SERVICIO

CUADRO 30

11

# SERVICIO DE SALUD



GRAFICA 30

## INGRESOS DE LA FAMILIA

INGRESO MENSUAL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MENOS DEL SALARIO MINIMO	87	4.9	21	3	108	4.5
SALARIO MINIMO	419	24.	157	26	576	24.5
2 VECES EL MINIMO	415	23.8	118	19	533	23
3 VECES EL MINIMO	153	8.7	49	8	202	9
4 VECES EL MINIMO	105	6.0	42	7	147	6
4 VECES O MAS EL MINIMO	96	5.5	30	5	126	5
SIN DATOS	466	26.7	190	31	656	28
TOTALES	1741	100	607	100	2348	100

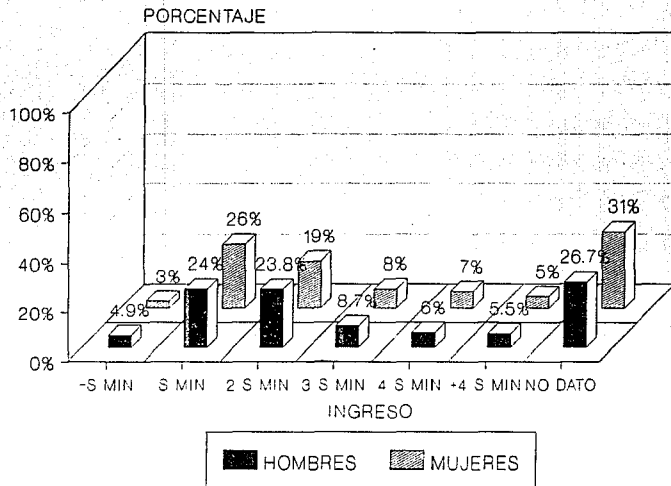
SALARIO MINIMO: \$250,000

JULIO DE 1988.

CUADRO 31



# INGRESOS DE LA FAMILIA



GRAFICA 31

#### CAPITULO IV. Discusión y conclusiones.

##### 1.1. Discusión.

Con base en los resultados obtenidos, podemos decir lo siguiente: al evaluar el nivel de salud mental de la población estudiada encontramos que, un poco más de la mitad son sanos, 64 %, fueron detectados con alto riesgo de iniciar algún trastorno psicológico el 25 %; y el 11 %, presentó algún padecimiento que interfiere en su vida cotidiana tanto familiar como académica.

En la población afectada, el primer lugar lo ocupan las reacciones neuróticas con un 71.5 %; observándose que este trastorno mental tiene una diferencia, más o menos significativa, en cuanto a sexo, ya que las mujeres presentan mayor grado de neurosis, 89.7 %, en relación a los hombres, 60.3 %; quizás esto se deba a que en nuestro país la mujer tiene dificultades para integrarse a la vida activa en iguales condiciones y expectativas que el hombre. (Elu de L., 1975; Halimi, 1983 y Michel, 1983).

Siguiendo en orden decreciente, en segundo lugar encontramos trastornos de la adolescencia en ambos sexos: hombres, 11.3 % y mujeres, 7.1 %, con un total de 9.7 %; probablemente esto se deba a que los problemas inherentes a esta edad no se resolvieron en su momento, prolongándose a años posteriores.

En tercer lugar tenemos sociopatía, 6.6 %, habiendo una diferencia significativa entre hombres, 10.6 %, y mujeres, 0 %. En cuarto

lugar, alcoholismo con 4.2 %. En quinto lugar, psicosis con 3.1 %. Farmacodependencia, 2.7 %. Epilepsia, como el padecimiento menos frecuente, con 1.9 %.

De lo anterior, se deduce que los tres principales trastornos mentales que afectan a la población estudiantil, por orden de prioridad, se pueden enlistar como sigue:

- 1o. Reacciones neuróticas.
- 2o. Trastornos de la adolescencia.
- 3o. Sociopatía.

Encontrándose, dentro de la totalidad de la población estudiada, una tasa de morbilidad de trastornos mentales de 10.9 por cada 100 estudiantes; esto quiere decir, que de cada 100 estudiantes 10.9 se encuentran afectados en su salud mental.

Por lo que se refiere a la población en alto riesgo, una vez más la neurosis se encuentra en primer lugar con 67.6 %, en ambos sexos, persistiendo la diferencia significativa entre hombres, 62.3 %, y mujeres 80.7 %; siguiendo en orden decreciente, trastornos de la adolescencia, 18.5 %; farmacodependencia, 4.5 %; alcoholismo, 3.7 %; psicosis, 2.8 %; sociopatía, 2.5 % y, epilepsia en último lugar con 0 %, siendo, la población en riesgo, de 25 %, que corresponde a la cuarta parte del total de los estudiantes. Sumando esto, al 11 % de personas que presentan trastornos mentales, resulta un total de 36 % de la población que necesita atención y donde deben apoyarse los programas de prevención, ya que el tipo de trastornos que presentan pueden influir, de alguna manera, en su desempeño académico.

En lo referente a las características generales de la población sujeta a estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Población relativa por sexo, predomina el sexo masculino, con 74 %, en relación al femenino, 26 %; debido, tal vez, a que las carreras que se imparten en la Escuela son del Área de ingeniería que, tradicionalmente en nuestro país, eran exclusivamente del sexo masculino.

La media de edad de los alumnos es de 21.1 años y, por lo que respecta al estado civil, la mayoría son solteros.

En lo que toca a las familias del alumnado se observó que la mayoría, 79 %, tiene una familia completa y, de acuerdo al número de miembros por familia, el promedio es de 6.3.

Con respecto a la edad de los padres, se establecieron tres rangos de 10 años entre cada uno, un poco más de la tercera parte, 37 %, de padres varones fluctúa entre 51 y 60 años; otra tercera parte, 35 %, entre 40 y 50 y, la parte restante, 11 %, de 60 en adelante y, no contestaron, 17 %. Entre la otra tercera parte, la de las madres se encontró que un poco más de la mitad, 58 %, tienen de 40 a 50 años y las demás fluctúan entre los otros dos rangos.

En cuanto al estado civil de los padres, 78.3 % son casados, habiendo 1.6 % de madres solteras.

Por lo que respecta a la escolaridad de los padres, tenemos que casi la mitad, 46.9 % de los varones, estudiaron hasta el nivel de primaria y, superior, sólo el 10.5 %; y las madres, un poco más de la mitad, 58.3 %, tienen nivel de primaria y, sólo un 4.5 %, nivel superior.

Por lo que toca a la ocupación de los padres, un poco más de la tercera parte, 33.4 %, son empleados; otra tercera parte engloba obreros y comerciantes y, como profesionistas, el 6.5 %. En cuanto a las madres, la mayoría, 73.7 %, son amas de casa y, profesionistas, sólo el 4.6 %.

Como se puede observar, y recordando lo que mencionamos en el párrafo anterior, y de acuerdo a nuestro marco teórico respecto a las condiciones culturales, el nacer, vivir y crecer en un nivel o grupo de determinada condición social o económica, o en una sociedad que en sí es inestable, puede obstaculizar muy seriamente al desarrollo y la vida de cualquier individuo.

Analizando el tipo de vivienda, se encontró que la mayoría, 81.3 %, cuentan con casa propia y, el otro 19 %, con diferentes tipos de casa, hasta llegar a un sólo cuarto; según el material de construcción con el que están hechas las viviendas, la mayoría, 80.4 %, son de materiales resistentes, de tabique y cemento. Casi todas tienen techo de concreto, 87.4 %, y pocas con otro tipo de material; así también cuentan con piso de cemento y otros materiales sumando ambos 96.7 %, y sólo un 0.8 %, es de tierra; la mayoría tiene W.C. privado, 91.7 %, y sólo 0.2 %, al aire libre.

Por lo que se refiere al número de cuartos, casi la mitad, 46.9 %, cuentan con una vivienda que tiene 4 cuartos y más y, solo un 8.5 %, cuenta con un sólo cuarto, sin incluir cocina y baño; obteniéndose un promedio de 3.13 cuartos por vivienda, y un promedio de 3.1 personas por cuarto.

Además, se obtuvo que tres cuartas partes de la población, 75.6%, duermen en una cama y un 1.1 %, 3 en una cama, habiendo un promedio de 1.24 personas por cama.

Dados los promedios de miembros por familia, de cuartos por vivienda, de camas por familia y de personas por cama, es evidente la ausencia de hacinamiento en esta población, de acuerdo al criterio de Raúl Rojas Soriano (1984). El cual considera que, el hacinamiento es el fenómeno que se presenta cuando existe un número excesivo de personas que comparten una misma habitación, o lugar de trabajo, careciendo de la ventilación suficiente y luz natural.

Si se observan los servicios con los que cuentan las viviendas, tenemos que, casi la totalidad cuenta con drenaje, 97 %, con agua potable, 90 %, y el 100 %, con luz.

En cuanto a servicios públicos, de comunicación y transporte, la mayoría de las viviendas cuenta en su comunidad con teléfono, telégrafos y correos; así como medios de transporte variados, como son: camiones, colectivos, metro, taxi, auto propio, bicicleta, etc.

Los alumnos, para trasladarse a su centro de estudios, usan diferentes medios de transporte; en primer lugar, la mayoría, 83.5 %, utiliza el camión; le sigue el metro, 37.4 %; colectivo, 26.8 %, y sólo el 3.2 %, auto propio.

Por lo que se puede observar en los resultados, concluimos que el tipo de alimentación de nuestra población estudiantil es deficiente, y, de acuerdo al criterio del Instituto Nacional de la Nutrición en México (nutrióloga Ivón Apendinni), donde se nos informa que, si partimos en que la edad de nuestra población fluctúa entre 17 y 25 años, siendo el promedio de edad de 21.1 años, etapa de la vida que se caracteriza por un desgaste de energía importante una alimentación completa, equilibrada y suficiente. Si no se tiene adecuada alimentación, cuando el desgaste de energía por las actividades que se realizan es mayor, esto repercute en la salud y, por consiguiente, en el aprovechamiento escolar.

Por lo que se refiere a los aparatos eléctricos del hogar, cuentan con los necesarios para la vida actual.

Por lo que toca a servicios de salud, el 61 % no cuenta con atención médica como es la de tipo IMSS e ISSSTE; careciendo de seguridad social, en el sentido médico, tienen que recurrir a consulta particular, es lo que merma la economía familiar.

El cuarto indicador, que se relaciona con aspectos socioeconómicos, arroja los siguientes datos:

En relación al ingreso familiar y tomando en cuenta la actividad laboral del padre, se detectó que el 33.4 % son empleados, en orden subsecuente, los comerciantes con el 16.2 %, obreros el 13.7 %, profesionistas el 6.5 %, pensionados el 6.5 %, campesinos el 4.3 % y sin datos, el 18.7 %.

Considerando que el salario mínimo en el momento de la aplicación de la encuesta era de \$ 250,000 mensuales, se puede observar que el 5 % de nuestra población cuenta con un salario de \$ 1,000,000 o más, que equivale a 4 veces o más el salario mínimo; de 800 a 1 millón el 5 %, que equivale a 4 veces el salario mínimo; de 600 a 300 mil el 5 %, que equivale a 3 veces el salario mínimo y, de 400 a 600 mil el 23 %, que equivale a 2 veces el salario mínimo; el mínimo, el 24.5 % y menos del mínimo, el 4.5 %; además, con el transcurso del tiempo, la inflación a venido en aumento, provocando con esto, dificultades para adquirir los bienes y servicios, no habiendo proporción de los sueldos con el poder adquisitivo. Por lo tanto, tomando en cuenta lo antes expuesto, podemos afirmar que nuestra población carece de recursos económicos suficientes para cubrir los mínimos de bienestar.

Así, también se hace hincapié, que aunque se tuvo mucho cuidado en la aplicación y respuesta de este dato económico, hubo casi una tercera parte que no proporcionó datos, por indicar que no tenían idea de cuánto ganaban sus padres, no pudiendo hacer la relación económica de gastos.



Ahora bien, los resultados obtenidos en el presente estudio de la ESIQIE coinciden, en algunos aspectos, con una de las investigaciones que mencionamos en el capítulo de Antecedentes Históricos y Científicos. "Estudio Comparativo de los Niveles de Adaptación de los Alumnos de 6 o. semestre de un CECyT con la Prueba de H.M. Bell", realizado en 1987 por las psicólogas Elvia Jiménez Meza, Hilda Navarro y Pilar Wals; ellas encontraron lo siguiente: en el área de adaptación familiar las mujeres presentan un mayor problema de ajuste.

En lo referente al área de ajuste emocional, el sexo femenino también manifiesta una baja adaptación, presentando temores al futuro y sentimientos de inseguridad, los que ocasionan inestabilidad emocional. Coincidiendo los resultados obtenidos en nuestra investigación con los resultados de las autoras antes mencionadas, ya que se detectó que en nuestra población femenina el 89.7 % padecen neurcisis.

En segundo término, la investigación realizada por Jiménez Meza y colaboradores, detectaron una deficiente alimentación, agotamiento físico y problemas de peso corporal, en la mayoría de los alumnos de la muestra que seleccionaron; por lo que toca a los resultados obtenidos en la ESIQIE, también corroboramos que el tipo de alimentación fué deficiente.

Otro trabajo utilizado como antecedente de esta investigación, es el "Estudio Descriptivo Sobre Salud Mental y Expectativas de Orientación Educativa en una muestra representativa de la población del CECyT Narciso Bassols.", desarrollado por la Psicóloga Alma Miriel López-Arce Coria en 1985, dice que el 21 % de la muestra presenta a:-

to riesgo de enfermar y un 11 % de población enferma; el padecimiento más frecuente fué la neurosis, con una tasa de prevalencia de 34 % y, el estudio llevado a cabo en la ESIQIE, reportó resultados semejantes, en cuanto al tipo de padecimiento que se presentó con mayor frecuencia, este fué la neurosis, con una tasa de prevalencia de 71.5 %.

También fué considerada, como antecedente, otra investigación realizada en 1987 por los psicólogos Alfonso López Palacios y María Leonor Vega Ramos, titulada "Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental en una Muestra Representativa de un Plantel de Nivel Medio Superior" en la que los resultados fueron: 43.9 % de población sana, 41.8 % con alto riesgo de enfermar y 14.2 % de población enferma; dentro de este último resultado se encontró, como trastorno más frecuente, la neurosis, con una tasa de prevalencia 11.6 %, al igual que en la de ESIQIE en donde la neurosis fué el padecimiento más frecuente con una tasa de 71.5 %.

Comparando los resultados obtenidos en las tres investigaciones, llama la atención que, el trastorno encontrado con mayor frecuencia, es la neurosis.

Asimismo, en un estudio sobre diagnóstico de salud mental a nivel nacional, realizado en 1989, por el Departamento de Programar y Salud Mental de la Secretaría de Salud, se menciona que... "El incremento de los trastornos mentales y los desajustes emocionales que se presentan en nuestra sociedad, están en estrecha relación con la crisis económica, los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas,

la contaminación y el crecimiento demográfico". (Departamento de programas..., 1990).

En esta investigación se calcularon las tasas de prevalencia probable de algunos trastornos mentales más frecuentes, en una población mayor de 15 años basándose en diversos estudios. A continuación se mencionan: dependencia al alcohol 50/1000, neurosis de ansiedad 40/1000, psicosis esquizofrénicas 10/1000 y farmacodependencia 4.6/1000.

Es relevante ver, en esta investigación, que la neurosis abarca casi la mitad de la población, como padecimiento a nivel nacional coincidiendo, en parte, con nuestro estudio de la ESIQIE que ocupa el 1er lugar, como padecimiento de nuestra población estudiada.

Así también, al revisar las bases epidemiológicas, sumadas a procesos demográfico-sociales, modificaciones en la pirámide de la población y urbanización no planificada, se podría en un futuro, acrecentar la tasa de los trastornos mentales; así como hacer a las poblaciones más vulnerables a las alteraciones de la salud mental, en general. Por ello, los problemas de salud mental no sólo son de magnitud considerable, sino que, van creciendo y constituyen un verdadero desafío para la meta de salud mental, de todos, en el año 2000.

## 1.2. Conclusiones.

Concluyendo, vemos que a través del análisis de la investigación, y dando respuesta a las interrogantes que nos planteamos, podemos decir que, con respecto a la primera interrogante de "¿CUAL es la

salud mental que prevalece en los estudiantes de la ESIQIEP", se encontró que más de la mitad de la población es sana, una cuarta parte esta en riesgo y un poco más de la décima parte está enferma.

Por lo que, la población sana requiere de vigilancia y control y, las dos últimas, de atención específica.

En lo que se refiere a trastornos mentales, el que prevalece con mayor frecuencia es la neurcosis, siendo la tasa de morbilidad de 10.9 por cada 100 estudiantes que padecen algún trastorno mental, lo que nos demuestra la necesidad de elaborar programas de salud pública y psicología comunitaria, en sus tres niveles de prevención, para conservar la salud y disminuir los trastornos mentales en la población estudiantil.

Por lo que se refiere a la segunda interrogante de "¿cuáles son las condiciones socioeconómicas en que se desarrolla la comunidad?".

Se encontró que la mayoría de los alumnos cuenta con una vivienda construida con materiales que les dan seguridad y protección, contando con los servicios públicos y de comunicación necesarios.

La alimentación de nuestra población estudiantil es deficiente, basándonos en el criterio dado por el Instituto Nacional de la Nutrición en México, ya que no cumple con los requerimientos indispensables para una alimentación adecuada.

Respecto a los servicios de salud, casi la mitad de nuestra población cuenta con atención médica, de tipo IMSS e ISSSTE quedando otra parte, sin atención institucional para la salud.

En lo tocante al ingreso familiar, nuestra población carece de recursos económicos adecuados, para lograr cubrir los mínimos de bienestar.

Ahora bien, recordando una parte de nuestro marco teórico, que nos dice en uno de sus postulados, que la disfunción mental, existe como la perturbación de un sistema, antes que como una pérdida de funciones sueltas; y que la salud mental de un individuo va a depender en última instancia, de sus vivencias y su desarrollo en un determinado sistema integrado o no, y congruente o no, con el marco biológico, familiar, social y cultural en que le ha tocado vivir y de acuerdo a los datos obtenidos sobre la salud mental y en relación con los que se refieren a algunos de los factores socio-demográficos de nuestra población, inferimos lo siguiente:

Cuando difícilmente se pueden obtener los satisfactores básicos (alimentación, salud, educación, vestido, etc.), como es el caso de la mayoría de nuestra población estudiada, de alguna manera se generan disfunciones mentales, que repercuten en el proceso enseñanza-aprendizaje y se reflejan en altos índices de ausentismo, deserción y reprobación.

Así, también consideramos que la investigación cumplió con sus objetivos: en una primera parte, se logró determinar la tasa de pre-

valencia y la tasa de morbilidad de trastornos mentales de la población estudiantil; también se detectó a la población sana, enferma y en riesgo de enfermar y con estos resultados se pretende, en el capítulo de sugerencias proponer acciones preventivas para promover la salud mental de los estudiantes.

De lo anterior se desprenden las prioridades, de las cuales deben partir las acciones tendientes a la solución de los problemas detectados para que, en base a ellos, se elaboren los programas que contengan las medidas necesarias, que incidan en la problemática expuesta, incluyéndose como parte de los planes de trabajo del Departamento de Orientación Educativa.

## 2.- Limitaciones y sugerencias.

Antes de finalizar nuestro trabajo presentamos un conjunto de sugerencias que, en nuestra opinión, resultaría importante atender, porque se derivan tanto de los datos obtenidos con nuestra investigación, como del conocimiento que tenemos de las características del medio ambiente escolar en que se efectuó el trabajo, asimismo no queremos dejar de señalar algunos aspectos que pueden ser considerados como limitaciones de la investigación.

### 2.1. Limitaciones.

En primer término, la presente investigación fué de tipo exploratorio, epidemiológica, prospectiva, transversal, observacional y descriptiva. Por lo que su objetivo consistió solamente en describir la salud mental de los estudiantes de la ESIQIE relacionada con factores socio-demográficos, y considerándose que existen otros factores que inciden en ella, pero no se contemplaron.

La población estudiada abarcó 2348 alumnos, por lo que la cantidad de datos que se manejaron fué muy elevada: ésta situación complicó el trabajo, toda vez que se disponía de escasos recursos humanos; es decir, que los psicólogos de Orientación Educativa no contábamos con tiempo completo para realizar el trabajo sino que, simultáneamente, llevábamos a cabo otras actividades del departamento y, como consecuencia, se alargó el tiempo de la investigación.

Por otra parte, no tuvimos la oportunidad de contar con la ayuda de personal capacitado para la tabulación y captura de datos en la computadora, por lo que nosotras realizamos las actividades inherentes a esta fase, no sin antes haber tomado un curso que nos permitiera conocer los elementos básicos para el manejo de la computadora. Este fué otro factor que prolongó aún más el tiempo para poder concluir la investigación.

A pesar de las limitaciones mencionadas, consideramos de gran valor los resultados obtenidos.

## 2.2. Sugerencias.

Creemos que algunas de las labores del psicólogo de orientación educativa serían las de sensibilizar a la población estudiantil, coordinar la elaboración de programas de prevención, así como posibilitar la aparición de la demanda por los mismos interesados.

En este sentido, queda abierta la posibilidad de realizar una investigación donde se puedan correlacionar los datos de salud mental y los factores sociodemográficos obtenidos en el estudio para conocer aquellos que más inciden en ella, y considerando otros factores en futuras investigaciones, como los emocionales, cognitivos, etc.

Además de estos señalamientos de orden general, nos parece importante mencionar algunas sugerencias más concretas, relacionadas



con el mejoramiento de los servicios institucionales que se podrian prestar destacando, entre otros, los siguientes aspectos:

Procurar que exista el apoyo de las autoridades, y los recursos materiales necesarios para la realizaci3n de las investigaciones.

Que el personal que labore en este departamento cuente con facilidad y continuidad en los horarios, para este tipo de trabajos.

Proponer la puesta en marcha de programas preventivos de salud mental, dise1ados de acuerdo con las necesidades particulares de la poblaci3n estudiada.

Dada la relevancia de este 3ltimo punto, a continuaci3n describiremos algunos de los programas que sugerimos se desarrollen en la ESIQIE y, de ser posible, en otras escuelas superiores del propio Instituto Polit3cnico Nacional, as3 como en otras instituciones de educaci3n superior de nuestro pa3s.

En lo que se refiere al primer nivel, o de prevenci3n primaria, esta tiene, como finalidad primordial, la de procurar disminuir la tasa de trastornos emocionales, actuando contra los factores emocionales que son negativos y que pueden originar la enfermedad mental en la comunidad, lo que consideramos muy importante en la escuela ya que el 64 % de la poblaci3n es sana, esto es, que no presentan trastornos mentales y, es necesario preservar esa salud con el fin de evitar que aumente el n3mero de la poblaci3n en riesgo de enfermarse; por lo tanto, nuestro primer programa ser3a dentro de la prevenci3n

primaria, cuidando, preservando y fomentando, la salud mental de los alumnos de la población sana.

Este programa abarcaría información sobre temas específicos de la salud mental, utilizando diferentes medios, como: audio-visuales, películas, periódicos murales, conferencias, talleres, cursos, carteles y folletos, entre otros.

Formación de promotores de la salud mental, con programas específicos, tratando de integrar en estos programas a toda la comunidad escolar, como personal docente y no docente, debido a su relación con los alumnos.

Todo esto permitiría que hubiera personalidades mejor integradas, repercutiendo esto, a su vez, en una vida más estable y equilibrada para enfrentar el medio ambiente familiar y social.

Un segundo programa sería el que abarcaría a la población en riesgo, que es el segundo nivel de la prevención, o sea la secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos. Recordemos que la población que se detectó, con alto riesgo de iniciar un trastorno mental, fué el 25 % de los alumnos.

Sugerimos que la atención a este nivel sea en varias modalidades. Una atención a nivel de orientación o terapia breve individual y orientación o terapias de grupo.

Una segunda, sería muy importante que abarque al mayor número de alumnos, en donde haya información y orientación sobre posibles soluciones a los trastornos, donde hubo mayor prevalencia como son, primeramente, la neurosis que, a veces, por falta de información dentro de la misma comunidad, se este propiciando de alguna manera como parte del entorno en que vive.

Así mismo, se tratará de hacer uso de toda clase de recursos posibles, tanto internos como externos, pidiendo colaboración de diferentes instituciones y dependencias gubernamentales y particulares, para que nos brinden su ayuda y asesoramiento, tales como: centros de integración juvenil, Instituto Nacional de la Nutrición en México, ya que este es un factor muy importante para la salud integral; Cora, que trata aspectos de sexualidad y, algunas otras sociedades psicoanalíticas, etc., abordando temas que inciden en aspectos familiares, calidad de vida, hacinamiento etc.

En lo que se refiere al tercer nivel, o de prevención terciaria, tiene como objetivo, limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya inválidas. Dado el tipo de institución en la que se realizó la presente investigación, se procuraría que esta población enferma, del 11 %, tuviera la orientación para poder atenderse en un centro adecuado a su tipo de patología y poder lograr su rehabilitación, ajuste o integración al medio ambiente social.

Creemos que, al llevarse a la práctica los programas de tipo preventivo, podría disminuir el porcentaje de trastornos mentales en la comunidad estudiantil y por ende, esto repercutiría en su salud.

mental, mejorando su vida académica, incidiendo en los índices de reprobación, ausentismo y deserción; habiendo mayor motivación hacia la vida y el estudio y favoreciendo las relaciones humanas dentro de la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alegret Pia, Claudia. Alimentación en la adolescencia. Mecanoscrito. México, 1985.
2. Alvarez Alba, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. Manual Moderno. México, 1991.
3. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, S. A. Barcelona, 1988.
4. Bertalanffy, L. von. Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1980.
5. Boletín de Camelice. Reflexiones Filosóficas Acerca de la Epilepsia, Vol. 2, No. 5, 3er. trimestre. México, 1991.
6. Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Ed. Trillas. México, 1984.
7. Cohen de Govia, Guillermo. La Psicología de la Salud Pública. Ed. Extemporáneos. México, 1975.

8. Departamento de Programas de Salud Mental - Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social - Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud. Diagnóstico de Salud Mental. Mecanoscrito. México, 1990.
9. Dirección de Orientación Educativa, I.P.N. Proyecto de Orientación Educativa y Desarrollo Personal, Nivel Superior, D.O.E. I.P.N., México, 1986.
10. Dolto, Françoise. Psicoanálisis y Pediatría. Ed. Espasa Calpe, 1974.
11. Dorsch, F. Diccionario de Psicología. Ed. Herder. Barcelona, 1982.
12. Elu de Leñero, Ma. del Carmen. El trabajo de la mujer en México: Alternativa para el cambio. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México, 1975.
13. Freedman, A; H. Kaplan, y E. Sandock, Tratado de Psiquiatría. Tomos 1 y 2. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
14. Fuente, Ramón de la. La Familia. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. s/n. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM. México, 1987.

15. Goode, William J. y Paul K. Hatt. Métodos de Investigación Social. Ed. Trillas. México, 1990.
16. Guerrero, Rodrigo; C. L. González y E. Medina. Epidemiología. Ed. Addison - Wesley Iberoamericana. México, 1986.
17. Gutiérrez, J. y H. Tovar. La Vigilancia Epidemiológica de las Alteraciones Mentales. Salud Pública. México, 1984.
18. Halimi, Giselle. La causa de las mujeres. Popular Era. no. 42. México, 1983.
19. Harvey, H. S. y otros. Tratado de Medicina Interna. Ed. Nueva Editorial Interamericana. México, 1978.
20. Herbert A. Carroll. Higiene Mental. Ed. Continental. México, 1981.
21. Hochman, J. Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.
22. Jiménez Meza, Elvia; Hilda Navarro H. y Ma. del Pilar Wals Plascencia. Estudio Comparativo de los Niveles de Adaptación de los Alumnos de 6o. Semestre de un CECyT con la Prueba R. M. Ball. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM. México, 1987.

23. Kershenovich, D. El Alcohol, las Enfermedades Epáticas y la Nutrición. Cuadernos de Nutrición, Vol. 6, no. 9. Julio-Agosto Septiembre. México, 1983.
24. Knox, R. La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud. Ed. Siglo XXI. México, 1981.
25. Kolb, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1978.
26. Lilienfeld, Abraham y David Lilienfeld. Fundamentos de Epidemiología. Ed. Addison-Wesley Iberoamericana. México, 1987.
27. López-Arce Coria, A.M. Diagnóstico de la Salud Comunitaria en la Colonia Ruiz Cortines. Facultad de Psicología, UNAM. México, 1981.
28. López-Arce Coria, A.M. y otras. Estudio Descriptivo Sobre Salud Mental y Expectativas de Orientación Educativa en una Muestra Representativa de la Población del CECyT. Narciso Bassols. México, 1985.
29. López Palacios, Alfonso y María Leonor Vega Ramos. Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental en una Muestra Representativa de un Plantel de Nivel Medio Superior. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM. México, 1987.



30. Martin, H. San. Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana México, 1985.
31. Meza Lavanlegos, Andrés y otros. Introducción al Método Estadístico. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1980.
32. Michel, Andree. El feminismo. FCE-CREA. México, 1983. (Biblioteca joven, 3).
33. Mitchel, H. y otros. Nutrición y Dieta. Nueva Editorial Interamericana, México, 1978.
34. Organización Panamericana de la Salud, O.M.S. Epidemiología. Guía de Métodos de Enseñanza. Publicación Científica no. 266. O.P.S., O.M.S. Washington, D.C. 1973.
35. Organización Panamericana de la Salud. O.M.S. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Hechos y Tendencias. Publicación Científica # 461 México, 1984.
36. Organización Panamericana de la Salud, O.M.S. Trastornos Mentales: Clasificación Según Lacie 9. Publicación Científica no. 400. O.P.S., O.M.S. Washington, D.C. 1990.
37. Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds. Psicología. Ed. Mc Graw Hill. México, 1990.

38. Peregrina Pellón, Luis. La Salud y el Incremento Demográfico. Población y Desarrollo Social. Asociación Mexicana de Población, A.C. México, 1976.
39. Pick, Susan y Ana-Luisa López Velasco, Ana Luisa. Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Ed. Trillas. México, 1990.
40. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000. Ed. Siglo XXI. México. 1985.
41. Rojas, R. El Proceso de Investigación Científica. Ed. Trillas. México, 1984.
42. Terris, M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo XXI. México, 1982.
43. Turner, C. Higiene del Individuo y la Comunidad. Ed. Manual Moderno. México. 1965.
44. Vega Franco, L. y otros. Eses Esenciales de la Salud Pública. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 1987.
45. Wayne, M. Estadística con Aplicaciones a la Ciencias Sociales y a la Educación. Ed. Mc Graw - Hill. México. 1981.

46. Whittaker, James. *Psicología*. Ed. Interamericana. México, 1981.
47. Zax, M., *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. Ed. El Manual Moderno. México, 1981.
48. Zimbardo, Philip G., *Psicología y Vida*. Ed. Trillas. México, 1986.

**A N E X O I**

ANEXO No. I

ENCUESTA SOBRE SALUD MENTAL

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas. trata de contestarlas con la mayor veracidad posible. Al final de cada pregunta responde SI o NO según sea el caso.

- 1.-¿Tienes dificultad para concentrarte en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención constante? \_
- 2.-¿Frecuentemente faltas a la escuela? \_
- 3.-¿Acostumbas fugarte de tu hogar pasando la noche fuera? \_
- 4.-¿Constantemente, por timidez, evitas relacionarte con tus compañeros? \_
- 5.-¿Tuviste o tienes problemas para hablar o trastornos del lenguaje? \_
- 6.-¿Has reprobado varias veces el mismo año escolar? \_ ¿cuál? \_
- 7.-¿Acostumbas emborracharte, al grado de que la bebida te haya ocasionado daño en tu trabajo o escuela? \_
- 8.-¿Has llegado al grado de no poder dejar la bebida? \_
- 9.-¿Te enfermas cuando haces coraje, eres muy nervioso? \_
- 10.-¿Sufres frecuentemente de insomnio, es decir que no puedes dormir en la noche? \_
- 11.-¿Te pones triste con facilidad? \_
- 12.-¿Sientes miedo o susto como si te fuera a pasar algo, sin saber por que? \_
- 13.-¿Eres muy enfermizo? \_
- 14.-¿Has intentado suicidarte? \_ ¿cuando? \_ ¿cuántas veces? \_

- 15.-¿Eres muy irritable, te peleas fácilmente? \_
- 16.-¿Padeces de ataques o convulsiones? \_
- 17.-¿Te has golpeado alguna vez durante la crisis? \_
- 18.-¿Te muerdes la lengua durante la crisis? \_
- 19.-¿Eres muy tímido, que casi no hablas con nadie y no te gusta salir de tu casa? \_
- 20.-¿Alguna vez has perdido la razón? \_ ¿cuándo? \_
- 21.-¿Consideras que no estás bien de tus facultades mentales? \_
- 22.-¿Has visto visiones, oído voces, sentido que te persiguen, quieren hacerte daño? \_
- 23.-¿Frecuentemente estás tan triste que no quieres ni comer ni moverte? \_
- 24.-¿Has usado drogas tales como: cemento, pastillas, marihuana, thiner o algo semejante? \_
- 25.-¿Has tenido problemas con tu familia a causa del uso de las drogas? \_
- 26.-¿Has tenido pleitos callejeros o perteneces a alguna pandilla? \_
- 27.-¿Has tenido algún tipo de problemas con la policía? \_ ¿cuáles? \_
- 28.-¿Has sido detenido por algún delito? \_
- 29.-¿Has participado en pequeños robos? \_
- 30.-¿Has participado en asaltos, robos, fraudes o algún otro tipo de actividad ilegal? \_

**A N E X O   I I**

ANEXO No. II

ENCUESTA PARA DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

GRUPO \_

EDAD \_

SEXO \_

EDAD SEXO PARENTESCO ESCOLARIDAD OCUPACION EDO.CIVIL INGRESO

1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						

Alimentación: veces por semana

Carne \_

Fruta \_

Leche \_

Pescado \_

Huevo \_

Cereal \_

Verdura \_

Servicios de salud a los que  
acudes con más frecuencia:

IMSS\_ ISSSTE\_

DISPENSARIO\_

CONSULTORIO PARTIC.\_

OTRO\_



HABITAT

Drenaje si\_ no\_

Luz si\_ no\_

Habitan con animales si\_ no\_

Habitan en: casa\_ cuarto\_ otros\_

La cocina está dentro del cuarto si\_ no\_

Tienen agua potable dentro\_ fuera\_

Utilizan W.C.: propio\_ común\_  
 letrina\_ fosa séptica\_  
 al aire libre\_

PAREDES:

Tabique\_

Cemento\_

Asbesto\_

Lámina\_

Otros\_

APARATOS ELECTRICOS:

T.V.\_

Radio\_

Tocadiscos\_

Refrigerador\_

Otros\_

TECHO:

Lámina\_

Cartón\_

Asbesto\_

Concreto\_

PISO:

Tierra\_

Cemento\_

Otros\_

No. DE CUARTOS (sin contar cocina y baño) \_

No. DE CAMAS \_

No. DE GENTES POR CAMA \_

MEDIOS DE COMUNICACION

Telégrafo\_

Teléfono\_

Camión\_

Biciclista\_

Colectivo\_

Tren ligero\_

Correo\_

Taxi\_

Metro\_

Motocicleta\_

Trolebús\_

Otros\_

¿PARA LLEGAR A TU CENTRO DE ESTUDIOS, QUE MEDIOS DE TRANSPORTE USAS?