

31261

7^{2ej.}



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACION DE UN SERVICIO DE ATENCION
PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

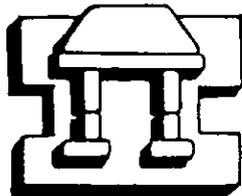
T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN INVESTIGACION DE

SERVICIOS DE SALUD

P R E S E N T A

C.D. LENA BIRGIT MARIA TORSTENSSON ALVIN



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA.

AGOSTO DE 1998.

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

265203



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM por haberme permitido realizar mis estudios en el Programa de la Maestría de Investigación en Servicios de Salud (MISS).

Al CEAPAC, que por su existencia y gracias a sus integrantes esta tesis pudo ser una realidad, ya que con su apoyo incondicional se logró realizar la ardua tarea para el levantamiento de los datos y se puso a mi disposición todo el material disponible para lograr esta meta.

Al Ps., M. de H. Sergio López Ramos, Catedrático de la ENEP I UNAM y director del CEAPAC, con un reconocimiento especial por todo ese apoyo que me brindó en todo momento para lograr elaborar esta tesis, así como por su motivación continua de éxito y perseverancia.

A la Ps., MISS, y Coordinadora de la MISS, Catedrática de la ENEP I UNAM, Ana Luisa González-Celis Rangel, por todas las facilidades que me proporcionó para el procedimiento de la elaboración, registro y presentación del grado de la MISS.

Al Dr. A.E. Pablo Cesar Rodríguez Mendoza, catedrático de la MISS, Tutor y Asesor de la tesis, con un reconocimiento especial por su apoyo y confianza, así como por su calidad humana y científica, motivandome a tener un trabajo continuo y perseverante para terminar esta tesis.

Al Dr. en Psicoanálisis Mario Cárdenas Trigo por su apoyo durante la maestría y como sinodal.

A la M. en S. P. Martha Elba Alarcón Armendáriz por sus sugerencias y por todo su apoyo como sinodal.

ÍNDICE

RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANTECEDENTES.....	4
1.1 LA SALUD MENTAL EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA.....	4
1.2 SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA SOCIEDAD MEXICANA.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS).....	14
2.2 RETOS DE LA APS.....	17
2.3 EL NIÑO, EL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.....	19
2.4 INVESTIGACIÓN ORIENTADA A LA COMUNIDAD.....	22
2.5 LA LEGISLACIÓN A FAVOR DE LA INFANCIA.....	24
2.6 EL DERECHO A LA EDUCACIÓN.....	25
2.6.1 <i>Educación especial</i>	26
2.7 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	30
2.8 EL DERECHO A LA SALUD.....	38
2.9 LAS POLÍTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).....	39
2.10 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	44
2.11 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD (PNS) 1995-2000.....	47
2.12 EVALUACIÓN.....	50
2.12.1 <i>Evaluación: Un modelo de necesidad de servicios de salud</i>	52
2.13 INDICADORES DE SALUD.....	60
2.14 SECRETARÍA DE SALUD (SSA).....	61
2.15 GOBIERNOS ESTATALES (GSEs).....	64
2.16 SERVICIOS ASISTENCIALES: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO.....	66
2.17 LA PSICOLOGÍA EN LA SALUD MENTAL.....	68
2.18 LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONGS).....	76
2.19 ANTECEDENTES DE SANTA CLARA COATITLA.....	80
2.20 SERVICIOS DEL CEAPAC.....	83
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	93
3.1 APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (ISS).....	93
3.2 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).....	95
3.3 JUSTIFICACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN DE TESIS:.....	98
3.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	98
4. METODOLOGÍA.....	101
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	101
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	101
4.3 HIPÓTESIS.....	101
4.3.1 <i>Hipótesis de trabajo de tipo descriptivo</i>	102
4.3.2 <i>Hipótesis estadísticas de correlación</i>	102
4.3.3 <i>Prueba de hipótesis</i>	103

4.4	TIPO DE INVESTIGACIÓN	103
4.5	UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	104
4.6	VARIABLES.....	105
4.7	MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DE ACUERDO AL INSTRUMENTO.....	113
4.8	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	115
4.9	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	115
4.10	MUESTRA	116
4.11	RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	117
4.12	PRUEBA PILOTO PARA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO.....	117
4.13	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	118
4.14	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	118
4.15	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	119
4.16	MODELO PROPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN.....	120
5.	RESULTADOS	122
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS, CONCLUSIONES, CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES.....	140
6.1	ANÁLISIS DE RESULTADOS	140
6.2	CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN.....	143
6.3	CONSIDERACIONES.....	145
6.4	RECOMENDACIONES	147
	BIBLIOGRAFÍA.....	148
	ANEXOS.....	156
	A. ORGANIGRAMA DEL CEAPAC	
	B. MAPA DE LA REPUBLICA MEXICANA	
	C. CARTA ESTATAL DEL ESTADO DE MEXICO.	
	D. DIVISION POLITICA Y PRINCIPALES LOCALIDADES DEL ESTADO DE MEXICO, CON LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE ECATEPC.	
	E. CUESTIONARIOS:	
	K1. PREESCOLAR (K)	
	E2. EDUCACION ESPECIAL (E)	
	T3. TERAPIA FISICA (T)	
	P4. PERSONAL (P)	
	F. DATOS DE PROCESO EN EXCEL CADA UNO DE LOS ELEMENTOS A ANALIZAR.	
	G. VARIABLES QUE PRESENTARON MAYOR PONDERACIÓN Y CORRELACIÓN EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN	
	H. GLOSARIO	
	I. MAPAS CONCEPTUALES DE:	
	1. SECTOR SALUD	
	2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
	3. COMPONENTES DEL SISTEMA	
	4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE SALUD.	
	5. UNIVERSO PROGRAMATICO.	
	6. ELEMENTOS DE LAS ACCIONES EN SALUD.	
	7. CONCEPTUALIZACION DE LA FUNCION DE LA EVALUACION.	
	8. SISTEMA DE EVALUACION EN SALUD.	

FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS

Página

FIGURAS

1	UN MODELO DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA	54
2	EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SU ENTORNO	56
3	UN MODELO PARA LA EVALUACION DE LA NECESIDAD	57
4	RUTA CRITICA DEL PROCESO DE LA ATENCION PSICOLOGICA	59
5	MODELO PROPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN	121

GRÁFICAS

1	UNA TERCERA PARTE DE LA POBLACION LEGAL O POTENCIAL NO CUENTA CON LA OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	28
2	POBLACION DE POBREZA EN MEXICO.EN 1998 Y PROYECCIÓN PARA EL AÑO 2000	28
3	PROYECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN EL AÑO 2000 EN EL MUNDO	31
4	PROYECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN EL AÑO 2000 EN MEXICO	31
5	CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA OMS DE LOS TRASTORNOS MENTALES.	73
6	PORCENTAJE DE LOS PADECIMIENTOS MENTALES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MÉXICO	73
7	TOTAL DE MUESTRA POR CUESTIONARIO	127
8	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN PREESCOLAR (K)	129
9	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN EDUCACION ESPECIAL (E)	131
10	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN TERAPIA FISICA (T)	133
11	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN PERSONAL (P)	135
12	VALORES DE CORRELACION DE LA REGRESION EN PREESCOLAR (K)	136
13	VALORES DE CORRELACION DE LA REGRESION EN EDUCACION ESPECIAL (E)	137
14	VALORES DE CORRELACION DE LA REGRESION EN TERAPIA FISICA (T)	138
15	VALORES DE CORRELACION DE LA REGRESION EN PERSONAL (P)	139

TABLAS

1	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON EN PREESCOLAR (K)	128
2	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN EDUCACION ESPECIAL (E)	130
3	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN TERAPIA FISICA (T)	132
4	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON EN PERSONAL (P)	134

RESUMEN

Esta evaluación tiene el objetivo de conocer el servicio de atención primaria de salud mental de una organización no gubernamental (ONG), que da atención integral a niños con discapacidad física y/o mental de familias de escasos recursos en un suburbio marginalizado de la Ciudad de México, donde las necesidades de servicio no están satisfechas por instituciones oficiales. La evaluación sirve para la búsqueda de respuestas para la utilización y mejoramiento del servicio para elevar la calidad de vida en el individuo, la familia y la comunidad. Las hipótesis son que con mayor aceptación y satisfacción en el trabajo es mayor el beneficio para todos. Se piensa que esta investigación dará beneficios para la población en riesgo de salud mental y discapacidad, que día a día incrementa. Se espera poder replicar el modelo en la gestión de los servicios de salud mental dentro del Sector Salud en México.

La estrategia metodológica se basó en la elaboración de cuatro encuestas, aplicadas al personal (P, n=20) y los padres de familia de las áreas Terapia Física (T, n=38), Preescolar (K, =40), y Educación Especial (E, n=61). Se utilizó un diseño metodológico no experimental, transversal, descriptivo de tipo social y con un enfoque psicológico comunitario. El tratamiento estadístico paramétrico demostró que 80 % consideraron que este tipo de servicio es de gran utilidad tanto para el individuo y la familia, como para la comunidad. Se encontró en la mayoría un 90 % de satisfacción de las actividades y tareas del personal. Hay que considerar que el servicio de educación especial es un servicio que requiere mayor atención y responsabilidad por los padres, para que realicen el cuidado y apoyo a sus hijos, ya que para este instrumento se logró un 60 %.

Se aplicó de la estadística no paramétrica una correlación de Pearson en donde se obtuvo más del .799 y .850 de correlación entre variables, siendo la más baja correlación de .587 para la encuesta de (E). La mayor correlación se obtuvo con los instrumentos para (T) y (P). Se decidió aceptar las hipótesis de la investigación, con un nivel de significancia del 95%, y una probabilidad de $p < 5$, comprobándose los objetivos e hipótesis planteados para este estudio, por lo que se considera que el servicio que se otorga es efectivo, eficiente con calidad y calidez de acuerdo a las necesidades y demandas de servicio que se proporcionan en el Centro de Estudio y Atención Psicológica, A.C. (CEAPAC).

PALABRAS CLAVES: SERVICIO, ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS), ENFERMEDAD MENTAL, DISCAPACIDAD, NECESIDAD DE SERVICIO, ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL (ONG).

ABSTRACT

This evaluation was performed in order to learn to know the service of mental primary health care provided by a non-governmental organization, which gives integral care to children with physical and/or mental handicap from poor families in a marginalized suburb of Mexico City, where the necessity of services is not satisfied by official means. Evaluating this service is a means to find answers to how it could be used and improved in order to elevate the quality of life for the individual, the family and the community. The hypotheses are that with a higher grade of acceptance and satisfaction with the work there will be greater benefits for everybody. It is thought that this investigation will give benefits for the population susceptible to problems of mental health and handicap, which day by day increases. Hopefully the model could be used for replication in the health sector in Mexico-

The methodological strategy was based on the elaboration of four questionnaires which were applied in interviews with the staff (P, n=20) and parents of children from the departments of Physical Therapy (T, n=38), Kindergarten (K, n=40) and Special Education (E, n=61). A non-experimental, transversal, descriptive social design was used with a communitarian, psychological approach. The parametrical statistical processing gave as a result that 80 % considered that this type of service is very useful as well for the individual and the family as for the community. The majority was satisfied 90% of the time with the staff's activities and work. It is necessary to bear in mind that the service of special education is a service that from the parent's side needs more attention and responsibility to care for and support their children, since it was found that with this instrument only 60% of satisfaction was obtained.

From non-parametric statistics a correlation of Pearson was applied where a correlation of more than .799 and .859 between variables were obtained, with the lowest correlation .587 for questionnaire (E). The highest correlation was obtained with the instruments for (T) and (P). It was decided to accept the hypothesis proposed for the investigation with a level of significance of 95 % and a probability of $p < .05$, and the objectives and hypotheses set for this study were confirmed. Thus it is considered that the services given are effective and efficient, with quality and warmth according to the necessities and demands for the services provided at the Center of Psychological Study and Attention (CEAPAC).

SERVICE, PRIMARY HEALTH CARE, MENTAL AND PHYSICAL DISABILITY, SERVICE NECESSITY, NON GOVERNMENTAL ORGANIZATION (NGO).

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad urgente de proporcionar servicios de salud eficientes, que satisfagan las necesidades de la población demandante, nace la investigación de servicios de salud (ISS), con el fin de buscar alternativas para la solución de problemas y proveer la información basada en una metodología científica a los tomadores de decisión de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales,¹ ya que uno de sus objetivos es el de dar solución a los problemas en forma práctica y prioritaria.

La crisis económica y las políticas de ajuste tienen efectos adversos sobre la salud de la población y la prestación de servicios. Esto implica que la población se vea doblemente afectada, ya que, por un lado, sus perfiles epidemiológicos presentan mayor enfermedad y muerte, y por el otro las demandas de atención médica se incrementan. Los servicios de salud se ven afectados en cubrir la demanda de servicio y hay un deterioro de la calidad de la atención médica para hacer frente a las demandas y necesidades de salud.²

Por este motivo se presenta la investigación en donde se evaluó el servicio de una organización no gubernamental (ONG), la cual otorga atención en el campo de la salud mental, especialmente sobre problemas de tipo psicológico, realizándose una revisión socio-histórica, desde la beneficencia, la obra pía, el consultorio, hasta las granjas o los hospitales, especialmente sobre los servicios de salud mental en la sociedad contemporánea, con un enfoque psicológico de la atención, así como de sus antecedentes en la sociedad mexicana. Se identificaron las políticas del Estado y sus tipos de servicio. Con eso se pueden interpretar las prácticas, y los tratamientos para pacientes, que no han encontrado una sola

¹ González-Celis A.L., 1988, Desarrollo de líneas de espera en el servicio de consulta externa en la Unidad de Tercer Nivel: Un modelo para la Modernización del Servicio, Tesis, MISS, UNAM, p. 7.

² Altamir O., 1990, Desarrollo, Crisis y Equidad en América Latina, División de Desarrollo Económico de CEPAL, No4, p. 2.

posibilidad de intervención en los recorridos de los servicios. Se enfatizó la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS) como un símbolo importante de lo que significa salud pública en la sociedad mexicana.

La atención psicológica se ha vuelto una necesidad importante no sólo para la población con patología mental, sino realmente es una de las áreas que pueden ser útiles para cualquier problemática social y en especial en países tan sobrepoblados como lo es México, lo que contribuye a que muchos profesionales de la psicología puedan otorgar servicios de apoyo a personas con cualquier patología. Sin duda esto permitirá que las ONGs se consoliden como una realidad, ante la falta de servicios de salud e ineficiencia de los que se otorgan.

La sociedad civil organizada empezó a construir sus alternativas de tipo profesional, independientes o en manera voluntaria, que son formas de trabajo y que están dirigidas hacia las áreas de derechos humanos, de educación, de salud, de vivienda, de cultura, etc. En el presente existe una realidad que el mismo Estado ha reconocido de acuerdo a las propuestas de las ONGs y ellos se han convertido en interlocutores del gobierno para buscar las soluciones de las necesidades y demandas de servicio tanto para el individuo y la familia como para la comunidad.

En esta investigación se realizó una evaluación de los servicios que imparte una ONG, la cual tiene como razón social Centro de Estudio y Atención Psicológica, A. C. (CEAPAC), y que se ha dedicado por más de diez años al trabajo en la comunidad en San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla y colonias circunvecinas en el Municipio de Ecatepec, Estado de México. La evaluación de sus servicios consistió en la aplicación de encuestas tanto a los usuarios (madres y padres de familia), como al personal que labora en el centro de atención.

La optimización de los servicios podrá hacerse, pero sin lugar a dudas lo que no se podrá arreglar inmediatamente es la condición económica de la población que asiste. Se puede ver que éste es un problema para todos los asistentes, a pesar de que digan que el costo es muy accesible. Lo cierto es que muchos niños dejan de ir, porque los padres no pueden dar una cooperación

simbólica. A pesar de lo anterior, el CEAPAC se ha mantenido y continua creciendo en sus áreas de trabajo.

Esta tesis será una aproximación de una realidad que es poco conocida en nuestro medio, en donde se demuestra que puede ser factible realizar un buen trabajo cuando existe la calidad humana de los trabajadores, que son el capital humano que sostiene al CEAPAC. El trabajo infatigable de las madres, los psicólogos, las educadoras, las terapeutas, la secretaria, la encargada de intendencia, la acupunturista, la dentista, la gente del taller de silla de ruedas, es lo que permite que el servicio que se otorgue tenga satisfactores positivos de acuerdo a la atención integral. Se ha demostrado la importancia del trabajo de equipo y la responsabilidad de cada uno de los participantes. El CEAPAC tiene el propósito de ser un medio facilitador del proceso de cambio, en el ámbito de la Atención Médica, para dar respuesta a las necesidades y demandas actuales de la población desde una perspectiva psicológica y social.

La tesis abarca seis capítulos, el primero contiene los antecedentes, el segundo el marco teórico desde un antecedente psicosociohistórico de los servicios de salud en México. Se sustenta el problema desde dos perspectivas; de la necesidad de servicio y de la investigación en servicios de salud. El capítulo tres contiene la justificación del estudio y el planteamiento del problema de acuerdo a los criterios a evaluar en la investigación. En el cuarto capítulo se estructuró la metodología que se realizó desde un enfoque epistemológico y con base científica. El quinto capítulo contiene un relato de los resultados porcentuales y las correlaciones se demuestran con gráficas y cuadros. En el capítulo seis se analizan los más importantes de estos resultados, se describen las conclusiones hechas y se exponen las propuestas de soluciones y alternativas. Por último siguen la bibliografía y los anexos.

1. ANTECEDENTES

1.1 La Salud Mental en la Sociedad Contemporánea.

La sociedad de nuestro tiempo es el resultado de una política de desarrollo sustentado en la industria, que se gestó alrededor del siglo XVIII en Inglaterra. El surgimiento de la sociedad de consumo y la creación de nuevos mercados cambió las formas de vida de la población. La ciudad como espacio integrador, donde circula y se reproduce el capital, se constituyó en el gran polo de atracción para los individuos que buscaban una calidad de vida superior a la del campo. La creación de nuevas necesidades en capacitación y educación trajo como resultado la creación de instituciones; como la escuela, los hospitales, los servicios de seguridad pública y también la creación de nuevas problemáticas, así como nuevas enfermedades orgánicas y de tipo mental.³

La forma de vida en la naciente sociedad industrial no fue equitativa y la desigualdad en el crecimiento económico y cultural posibilitó la estratificación en las oportunidades de participación en la riqueza y los servicios. La división geopolítica del mundo marca formas y tipos de desarrollo para las sociedades y los individuos.

El desplazamiento de los artesanos de sus talleres a las fábricas trajo los primeros brotes de desarticulación y desintegración familiar. Surge la industria doméstica, las guarderías, la comida para llevar, lavanderías, escuelas públicas y privadas, trabajadoras domésticas y la aparición de indigentes, incremento de prostitución, problemas epidemiológicos, niños de la calle y también un cambio en las formas de dar afecto y del abandono familiar. Con ello se presentaron las enfermedades o trastornos de orden mental como problema social.⁴

³ De la Fuente R., y cols., 1976, La psiquiatría en México: Una perspectiva histórica, p. 425-30.

⁴ Hobsbawm E., 1989, Las revoluciones burguesas, Tomo I, pp. 255-270.

Los trastornos mentales han existido siempre, no obstante con el surgimiento de la sociedad industrial, su índice se incrementó por varios factores a saber:

1. Se considera que los individuos migrantes del campo a la ciudad sufren del choque cultural, que los deja en una relación de tiempo que no corresponde a su momento y los ubica en ser personas perturbadas.
2. El abandono afectivo es otra fuente donde el sujeto se expone a la baja autoestima, se presentan perturbaciones sobre el desempeño, lo que conduce al aislamiento y a formas de agresión física, abandono corporal, falta de autocuidado, y inestabilidad emocional que lo llevan a la pérdida de contacto con la realidad.
3. Otra condición es la sociedad altamente competitiva, donde el sujeto es excluido, es desplazado, no aguanta la presión y eso genera altos índices de estrés.
4. Causas recientes del proceso de la alteración mental en la sociedad de nuestro tiempo, son las expectativas de la autorrealización por los individuos. Cuando no se pueden cumplir se generan frustración y amargura que culminan en procesos mentales que desquician al sujeto en una sociedad.
5. Otras causas son de origen orgánico. Pueden ser congénitas o derivadas de lesiones y secuelas de tipo neuronal. Se pueden presentar en la manera de una percepción de la realidad alterada en los individuos y hace que pierdan contacto con el mundo normativo.

La sociedad de nuestro tiempo ha creado instituciones de Salud Mental para la heterogeneidad de formas de manejo de las patologías mentales detectadas y no sólo para eso; las ha realizado para la normatividad y el servicio. Tenían diferentes fines como son la reclusión, la rehabilitación, la cura, la asistencia, la reintegración a la sociedad, la educación, la religión, etc., siempre con su objetivo de mejorar las condiciones de este tipo de pacientes.⁵

⁵ Ibid., p. 7.

1.2. Servicios de Salud Mental en la Sociedad Mexicana.

Los primeros hospitales para enfermos mentales, llamados manicomios, fueron fundados por religiosos durante la colonia y luego pasaron al control del Estado. En tiempos pasados los hospitales mentales servían únicamente como una protección para la comunidad, pues el enfermo era considerado un ser peligroso y por lo tanto se tenía que aislar; ésta era la función principal del hospital, excluirlo, desaparecerlo de la sociedad. Su sistema desconocido y temeroso era en sí la causa de la errónea concepción del enfermo mental. No había un vínculo ni siquiera mínimo entre la comunidad y el hospital.⁶

En 1930 se contaba con pocos recursos para combatir las enfermedades mentales. Se presentó una desvinculación de la psiquiatría de otras ramas de la medicina en ese tiempo. Surgieron nuevos fármacos como la insulina para producir estados de coma en el tratamiento de la psicosis esquizofrénica; el metrazol para el tratamiento de las crisis convulsivas, etc., que más tarde fueron sustituidos por electrochoques, y se realizaron lobotomías prefrontales.

Lee y Jones en 1933⁷ realizaron una investigación sobre los *Fundamentos de la buena atención médica*; dando un concepto de calidad que constituye una declaración de normas profesionales, dando directrices para realizar una evaluación, tomando cuestiones para garantizar esta calidad a bajos costos, de acuerdo a sus normas establecidas.

En 1938 se fundó la clínica de la conducta en donde se atendían enfermos mentales. En 1943, se fundó el primer hospital granja en México, el de San Pedro del Monte, en León Guanajuato, y casi veinte años más tarde se habían construido varios por toda la República Mexicana. Los psiquiatras eran los que atendían los problemas de la conducta y el tratamiento se relacionaba con el tipo

⁶ Pulido A., 1982, Situación asistencial y factores de hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales, pp. 8-13.

⁷ Donabedian A., 1986, La investigación sobre la calidad de la atención médica, Salud Pública de México, pp. 324-327.

de enfermedades y problemas públicos existentes en la época 1945-1950 que se consideró eran generadores de enfermedades mentales.

Los hospitales granja en México tenían el propósito de albergar enfermos y no sólo se les otorgaba atención médica, sino que se les enseñaba algún tipo de oficio para poder sobrevivir, ya que en este tipo de hospitales contaban con financiamientos muy limitados, aunque, como uno de los propósitos dentro de la salud pública debían, constituirse como organismos con apoyo gubernamental. Contaban con técnicas administrativas avanzadas en cuanto a planificación, prevención, organización, integración y programas de investigación.⁸

Para el año de 1947 se revisaron a 450 niños por "fracaso escolar y errores de la conducta". Del total de estos niños el 80% provenían de familias desorganizadas, 45% tenían padres alcohólicos y 12% tenían padres con perturbaciones mentales. El 40% de los niños padecía epilepsia, el 24% retardo mental, el 23% psiconeurosis y 19% contaba con una mentalidad normal, mostrando con ello la gravedad del problema en esa época. En este tiempo existían instituciones de asistencia privada pero no contaban con áreas de atención psicológica.⁹

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1948, se establece el derecho a la salud como un nivel de vida adecuado. Con la Declaración de la Conferencia de Atención Primaria para la Salud de Alma-Ata,¹⁰ treinta años más tarde, se legalizó internacionalmente la participación comunitaria en los sistemas de atención a la salud, y se incorporaron progresivamente marcos jurídicos y programas nacionales congruentes. En 1951 la escuela de graduados de la UNAM estableció un curso para el adiestramiento en psiquiatría.

⁸ Barquin M, Historia de la Medicina; en: hospitales, México, 1971, pp. 269, 273, 342, 343, 364, 365.

⁹ Infante C., Schla L., 1995, "La pobreza en México y el acceso a los servicios de salud" en Calva L., Distribución de ingreso y políticas sociales, p. 145.

¹⁰ Seminario de integración de la investigación y docencia a modelos de Atención Primaria en América Latina. Memorias, 1984, p. 7.

Tales recursos dominaron en el panorama terapéutico en la psiquiatría hasta 1952, cuando se inició el uso en la clínica de fármacos más recientes, que actúan sobre estructuras subcorticales del cerebro y modifican las funciones mentales y la conducta en varias direcciones. Entre estos medicamentos se encuentran la imipramina, la iproniacida, las sales de litio, etc., los cuales han sido un factor muy importante en el manejo de los pacientes psiquiátricos.

Otro desarrollo importante ocurrió en 1955 cuando, a iniciativa de Alfonso Millán, en la Escuela de Medicina se creó el Departamento de **Psicología Médica y Salud Mental**, como parte de reformas tendientes a orientar a la enseñanza en la medicina en un sentido más humanista y social. Este departamento destacó la importancia de los conceptos y metodologías de la psicología para la formación general del psicólogo, y desarrolló a lo largo de la carrera cuatro programas: medicina humanística, psicología médica, medicina psicosomática y clínica de psiquiatría.¹¹

Peterson y col., en 1956,¹² presentaron el estudio de *Evaluación del que hacer basada en la observación directa de la relación practicante-paciente con problemas mentales* hecho en el medio rural de Carolina del Norte, que sirvió para formular juicios sobre la calidad de la atención médica.

En 1960 se creó el hospital "Navarro" para niños con enfermedades mentales dando respuestas a los pacientes que solicitaban el servicio, sin embargo, éste era insuficiente para cubrir las necesidades y demandas de los usuarios que hasta ese momento se generaban. En el año de 1961 se inauguró en Zaquiapan, Estado de México, el hospital granja "La Salud"; posteriormente se fundaron el hospital "José Sayago" en Tepexpan, el "Cruz del Sur" en Tabasco, y el "Cruz del Norte" en Hermosillo. Actualmente han surgido otros que como los primeros tratan de poseer las condiciones óptimas para la debida atención de los enfermos correspondientes.

¹¹ Ibid. p. 10.

¹² Peterson y col., 1956, *An Analytical Study of North Carolina General Practice*, J. Med. Educ., Vol. 31, pp. 330-375.

En 1964 se habían construido hospitales granjas por toda la República Mexicana. En ese mismo año se inauguró en Tlalpan el "Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía", esencialmente dedicado al estudio de problemas neurológicos. En 1965 la Dirección de la Salud Mental y Rehabilitación, llevó a cabo la construcción de una cadena de hospitales y granjas para albergar a la población y se fundó un servicio de psiquiatría en el Hospital General del Centro Médico del IMSS.

En 1970, en la Convención Política Económica, se dijo que los servicios de salud eran insuficientes, ya que se pensaba que se requería mayor atención en el campo de la salud mental. En esta convención, se admitió al respecto que:

*"los problemas no alcanzan las proporciones de otros países, y que en el nuestro se aprecia una elevación que amerita investigar sus verdaderas dimensiones, hacer un inventario de los recursos disponibles, establecer la coordinación adecuada para el mejor aprovechamiento de los centros de prevención, tratamiento y rehabilitación, y fomentar las acciones de salud mental comunitaria, incorporándolos a los servicios regulares de salud; promover acciones recreativas, deportivas, turísticas y educativas que fomenten la integración familiar como medio de protección de la salud mental desde la infancia; fortalecer los programas específicos contra el alcoholismo, en especial mediante acciones que contrarresten la propaganda que se realiza a este respecto; que se intensifiquen los programas educativos y las acciones legales para reducir la oferta y la demanda de sustancias que conduzcan a la farmacodependencia."*¹³

D'Geyndt en 1970¹⁴ formuló con un propósito más social *Un modelo médico sobre Estructura-Proceso-Resultado-Impacto*, cuyos elementos iban más allá del simple servicio de salud para el cuidado y restauración de la salud. Se amplió

¹³ Tejeda C., 1967, Los Hospitales Granja, Salud Pública de México, vol, IX, No. 4, Julio-agosto, pp. 587-590

¹⁴ D'Geyndt W., 1979, Five Approaches for Assessing the Quality of Care, Hospital Administration, p. 9.

hacia los problemas de Salud Pública, la promoción a la salud, el diagnóstico oportuno y sus programas.

En 1970, los países en desarrollo vieron la necesidad de un aprovechamiento más óptimo de los escasos recursos disponibles para programas de salud y en los países industriales se manifestó la preocupación por el rápido aumento de los costos de la atención a la salud, lo que impulsó la búsqueda de nuevas alternativas para la prestación de servicios. McNeil, en 1976, realizó investigaciones sobre el *Régimen terapéutico*, aplicando un modelo médico en donde se consideran beneficios, riesgos inherentes, regímenes alternativos de tratamientos, así como le dio gran importancia al **costo monetario** como factor determinante para la elección del régimen terapéutico que era el más específico para otorgar con calidad la atención médica en enfermedades mentales. También mostró cómo los diferentes pacientes podían hacer elecciones distintas al ofrecerles un tratamiento para disminuir una mortalidad a corto tiempo e incrementar mejores condiciones de desarrollo en su comunidad con una calidad de vida a un bajo costo.

A. Donabedian hizo investigaciones que ya en 1978 eran avanzadas, a las cuales se refiere en varias obras posteriores,^{15 16 17 18} y en las cuales encuentra que aún dentro de todas estas investigaciones que tratan sobre evaluación de la calidad de la atención médica, al nivel de estructura, proceso, resultado, existe todavía un cúmulo de inquietantes problemas. De éstos menciona dos en donde cree que se debe tener más atención y son en las comunidades, así como en la salud mental, que es un serio problema en nuestros días.

¹⁵ Donabedian A., 1982, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, Health Administration Press., pp. 98-202.

¹⁶ Donabedian A., 1986, La investigación sobre la calidad de la atención médica, Salud Pública de México, pp.19-86.

¹⁷ Donabedian A., 1984, Veinte años de investigación en entorno a la calidad de la atención médica, 1964-1984, Salud Pública de México, México, pp. 1-9.

¹⁸ Donabedian A., 1986, Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank, Memorial Fund Quarterly, p. 55-70.

La OMS, en 1979, patrocinó una Red Internacional (R.I.) para apoyar esta actitud crítica.¹⁹ Los objetivos que se plantearon en la R.I. fueron: promover y coordinar la introducción del concepto de salud de la población en los sistemas de servicios sanitarios y los programas de enseñanza, elaborando tecnologías, criterios, metodologías e instrumentos apropiados para un sistema docente de orientación comunitaria y práctica.

A partir de los 80's México cuenta con instalaciones para el cuidado de enfermos mentales o pacientes con otras enfermedades relacionadas con problemas de salud mental dependientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SSA), la Secretaría de Educación Pública (SEP), del Instituto Mexicano de la Atención a la Niñez (IMAN), el Centro Nacional de Desarrollo Infantil y de la Familia (DIF), así como los Centros de Integración Juvenil para la Prevención de la Farmacodependencia. Sin embargo, aunque la estructura física se ha incrementado en cuanto a la creación de unidades psicológicas y psiquiátricas, no significa que se cuenta con la suficiente infraestructura para la atención y el manejo de los enfermos mentales.²⁰

El campo de la enseñanza se articula al proceso de la práctica y las formas de buscar y construir opciones de servicio, lo que pone ante la modalidad de los hospitales granjas, que son instituciones creadas para la asistencia y la rehabilitación de los enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada. Estos hospitales tratan de simplificar el problema de la atención a los pacientes, en la forma menos costosa y al mismo tiempo buscan al máximo provecho para las necesidades actuales y modernas de la terapia integral.²¹ Actualmente los hospitales modernos están en constante interacción con los sistemas e intereses de la sociedad, ya que solamente así es posible un progreso dentro del campo psiquiátrico y psicológico. Pero también la sociedad se beneficia,

¹⁹ De la Fuente R., y cols., 1976, *La Psiquiatría en México, Una perspectiva histórica*, p. 425.

²⁰ Rivera E., "Instituciones y psicología en la década de 1940-1950, en López S., 1995, *Historia de la psicología en México*, pp. 345-388.

porque la vinculación no se da sólo en el aspecto médico, sino también en lo social, lo cual permite una mayor comprensión del proceso de la enfermedad mental y por consiguiente la rehabilitación óptima del paciente.²²

La atención del enfermo mental consta de tres etapas:

- 1) Tratamiento médico, psicoterapia y la terapia laboral y recreativa,
- 2) Transición a la comunidad, y
- 3) La reintegración del paciente a su ambiente social.

Una vez que ingresa el paciente se realiza los estudios médico, psicológico y social, cuyos resultados determinarán el procedimiento psicoterapéutico a seguir, si es necesaria o no la utilización de fármacos, en que lugar pueden desenvolverse eficazmente los pacientes, y que actividades laborales y recreativas les son satisfactorias y les sirven para su integración personal, tanto en su familia, como en su comunidad.

La reintegración del paciente a su hogar, es la tarea más difícil porque sigue siendo rechazado por sus familiares como por los centros de trabajo. De esta situación se deriva el hecho de que la labor del hospital no cesa con el alta, ni se limita al subsiguiente control médico periódico del egresado. Su labor debe prolongarse y ampliarse mediante un trabajo educativo intenso entre los familiares y la sociedad en general, tratando de conseguir un cambio en las actitudes hacia las personas que sufren enfermedades mentales.

En 1994, la participación comunitaria en salud no sólo se ha legitimado con sus logros y su status como estrategia eficaz para la atención a la salud al nivel de los países desarrollados como Canadá, y de las naciones latinoamericanas como Cuba, Nicaragua, Chile, Costa Rica y México, sino que se ha encontrado una diversidad de expresiones jurídicas, internacionales y nacionales, como marco

²¹ Boring E., 1980, Historia de la psicología experimental, pp. 663-673.

²² Pucheá C., 1981, Conceptos y alternativas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México, p. 13.

legal que impulse progresivamente su desarrollo al cuidado y atención de la salud mental en la comunidad.^{23 24}

Esta concepción de la salud mental, se aleja en mucho de pensar en los profesionales de la psicología. Se puede apreciar que es una concepción de la profilaxis medioambientalista que considera que las unidades médicas asistenciales deben de satisfacer cinco actividades básicas:

- 1) medicina preventiva,
- 2) medicina curativa,
- 3) medicina de rehabilitación,
- 4) investigación médica, y
- 5) docencia médica.

Este modelo se suscribe a la concepción de la historia natural de la enfermedad que intenta restablecer el ciclo homeostático de la salud. Una concepción así entrafia la búsqueda de la causalidad y la remediación, en ese sentido se reconoció que:

"La investigación en el campo de la salud es indispensable para mantener un nivel elevado de desarrollo científico y técnico en beneficio de las acciones de salud. Se propuso que a través de un programa nacional, se fomente la investigación en las ciencias biomédicas, sociales y administrativas que determinen las condiciones de salud, que promueva la preparación de expertos y de investigadores, además de dotar mejor a las instituciones, grupos y personas dedicadas a estas disciplinas".²⁵ Esta visión posibilita la interpretación causal de una enfermedad que busca la articulación con la investigación celular básica y los procesos sociales de la enfermedad.

²³ Bettylu R., y cols, 1993. La participación en salud en el IMSS en Jalisco, Salud Pública de México, pp. 1-8.

²⁴ Molina L., 1987, Medicina comunitaria y participación popular en Nicaragua, Bol., IMSS-COPLAMAR, pp. 8-9

²⁵ Ibid., p. 589.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Atención Primaria de la Salud (APS).

Desde hace por lo menos veinte años, la OMS ha realizado relevantes esfuerzos para la lucha en contra del descuido vigente en el área de la salud mental infantil, así como ha tratado favorecer la constitución de redes de atención primaria. El trabajo de Atención Primaria en Salud Mental Comunitaria se ha desarrollado como un programa en varios de los países Centroamericanos. En Nicaragua, por ejemplo, desde la revolución en 1979 el Ministerio de Salud (MINSAL) insistió siempre y en todas las áreas, sobre el papel de la APS.^{26,27,28} y se creó un proyecto de atención primaria en salud mental infantil con formación de promotores coordinado por MINSAL, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar y el Ministerio de Educación, por parte del Gobierno, y las ONGs, Movimiento Comunal y la Casa de Apoyo al Combatiente.

Es ampliamente reconocido que la salud mental y psico-social está íntimamente ligada a la estabilidad de estructuras sociales y sistemas de apoyo, así como a las posibilidades de desarrollo individual y comunitaria. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) consciente de eso promueve la labor de atención a la Salud Mental para todas sus poblaciones meta. En la República Mexicana el trabajo se ha dado tanto en los campamentos de refugiados guatemaltecos en los Estados del sureste como entre la población de refugiados no reconocidos por el Estado en la Ciudad de México. En todos los casos los programas han sido desarrollados e implementados por ONGs y en muchos casos con apoyo del ACNUR.^{29, 30}

En el informe Dawson se define a la APS de la siguiente manera:

²⁶ OPS, 1987, La carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: la promoción a la salud. Bol. Of Sanit Panam; 103, pp 76-81.

²⁷ Araujo L., Llores J., (1985), La lucha por la salud en Cuba, México, Siglo XXI, pp. 75-98.

²⁸ Molina L., 1987, Medicina comunitaria y participación popular en Nicaragua, IMSS-COPLAMAR, pp. 5, 8.

²⁹ Bettylu R., Hidalgo-San Martín M., Pérez A., y cols., 1993, La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco, Salud Pública de México, Vol. 35, 5, pp. 1-8 y 11.

³⁰ Jaramillo, J., 1987, Cambios en la estrategia para la atención de la salud en Costa Rica. Bol. Of Sanit Panam, 102, pp. 217-224.

"Atención Primaria de la Salud (APS): es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, técnicas y prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar".³¹

En México, en 1984, se integra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el artículo 4to, del derecho a la salud,³² el cual enuncia la participación comunitaria como responsabilidad y deber de las personas e instituciones, lo que pasa a ser componente permanente de sus planes de desarrollo hacia la modernización, teniendo como objetivo primordial reducir la morbilidad y mortalidad mediante la prevención de factores de riesgo con medidas específicas y por acción educativa y favorecer con ello la creación de una cultura de salud en la cual exista una participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar la educación, alimentación, ejercicio físico, la salud mental, entre otros. El Estado Mexicano reconoció su responsabilidad de poner al alcance de toda la población desprotegida los servicios de salud sin costo.

Los Estados Miembros de la OMS y de la UNICEF subscribieron en 1984 la declaración de Alma-Ata, donde se exhortó a los gobiernos adoptar los conceptos de la APS,³³ y México está comprometido a llevar a efecto este programa para toda la población desamparada. En la resolución WHO 40.30, aprobada por la 40a Asamblea Nacional de la Salud en mayo de 1987, se reitera que la meta de la salud para todos sólo podrá alcanzarse mediante la APS.³⁴ De acuerdo al compromiso hecho por los Estados Miembros en la reunión de la OMS y de la UNESCO en Alma-Ata en 1978, las políticas de salud manejadas por los Estados Unidos Mexicanos son :

³¹ OMS, 1978, Informe Final de la conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud Alma-Ata, URSS, Ginebra, pp 1-10.

³² SPP, 1993, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4to. p. 9.

³³ OMS, 1984, Organización de los ministerios de salud para los servicios de atención primaria, Ginebra, Colección OPS/OMS, pp. 45-65.

³⁴ Resolución WHO 40.30, aprobada por la 40a Asamblea Nacional de la Salud, en mayo de 1987.

“ Tratar de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 enfatizando que la APS es el medio para lograr este fin.”

La OMS, en 1986, propuso ocho indicadores que miden la cobertura de la APS y son: Atención materno infantil, vacunaciones, orientación nutricional y control de enfermedades endémicas, salud mental, analfabetismo, disponibilidad y uso de los servicios.³⁵ De todo lo anterior se desprende la importancia de la presencia de otras condiciones existenciales y del desarrollo para que las conductas de salud se fijen en una población, con acciones de salud, para que tengan un mejor efecto en las poblaciones donde normalmente se carece de servicios, o bien son deficientes.

Especialmente vulnerable es la población con problemas de salud mental y discapacitados que requieren de una educación especial que generan mayores costos y mayor demanda de servicio con poco impacto en su respuesta, por lo que resulta de gran importancia el papel trascendental que juegan los padres de esta población para un mejor beneficio mutuo, bajo una paternidad responsable y con efectos positivos hacia su comunidad y la sociedad.

Los programas existentes de educación para la salud están orientados a la capacitación y difusión de los recursos tecnológicos de la APS. Sin embargo, tales programas no consideran el tiempo ni el factor económico, ni mucho menos los recursos humanos con los que se debe contar. El gran número de problemas de salud detectados a escala regional, donde los recursos humanos y económicos son deficientes, enfatiza la importancia de establecer necesidades en la atención a la salud.

Se considera que los servicios de salud tienen una mala distribución, no nada más regional, sino mundialmente y a su vez, los niveles deficientes de salud limitan la capacidad de desarrollo de una región o población. Existe un modelo anticipatorio, el cual se considera como posible modelo de prevención y lucha de enfermedades, sólo hace falta que se ponga en práctica.

³⁵ Kumate J., Cañedo L., Pedrotta O., 1977, La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México, Colegio de México, pp.10-50.

Este modelo ha sido probado en otras comunidades, basado en el diagnóstico de los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores posibilitadores a que está expuesto cada miembro de esta población. Este modelo no es limitativo únicamente a la atención médica, sino que hace uso de otras medidas de salud pública para beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

Se sabe que la APS genera demanda para la atención médica, así como genera cambios administrativos de estrategias en servicios de salud donde no son suficientes. Por eso es importante considerar en termino de números las actividades realizadas de los recursos, para garantizar una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población más desprotegida. Hablando de equidad, no sólo significa que tengan algún servicio, sino que toda la población tenga la misma oportunidad para acceder al servicio que requiera de acuerdo a sus necesidades y demandas de servicio.

2.2 Retos de la APS.

La política de salud que está definida y aceptada por todos los países miembros de la ONU en la asamblea de la OMS, en 1977, se llama "Salud para todos en el año 2000". La estrategia específica que se adoptó para llevar bajo esta política se conceptualizó como APS. La base de ella son los programas que se destinan a grupos o a problemas específicos, tales como:

- a. Programas dirigidos a poblaciones en situaciones de riesgo o especialmente vulnerables: madre, niño, trabajador, edad avanzada, discapacitado.
- b. Programas para salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- c. Programas para la prevención, protección y control de enfermedades, entre ellos enfermedades mentales.³⁶

³⁶ Kroeger A., Luna, R. 1985, Atención Primaria de Salud, objetivos, principios y métodos, p.541.

El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

Los programas de la APS tienen algunas características generales y son:³⁷

- a. Que toda la población tenga acceso a los servicios de salud esenciales para garantizar con igual oportunidad el acceso en todos los niveles y se debe tener continuidad.
- b. Se deben incrementar las actividades de promoción y prevención, combinándolas con las de tratamiento y rehabilitación en forma adecuada.
- c. Conviene hacer una selección cuidadosa de los posibles elementos para satisfacer necesidades prioritarias entre las cuales figuran: salud materno-infantil, inmunizaciones, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, parasitosis y las enfermedades transmitidas por contacto sexual, **salud mental**, enfermedades crónicas, salud ocupacional, etc. La alimentación y la nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básico son requisitos fundamentales para la protección de la salud, y
- d. Armonizar y reforzarse mutuamente, en lugar de competir entre sí por obtener mayor número de los recursos escasos.

Al examinar cómo funcionan en la APS las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios se encuentra que la comunidad y los individuos dejan de ser objetos de atención y se convierten en sujetos activos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella. En este proceso influyen los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales y condicionan la claridad con que se pueden ver las relaciones entre la salud y otros aspectos de vida de la comunidad.^{38 39 40 41}

³⁷ McMahon, R., Barton, E., Piot, M., 1989, Administración de atención primaria de la salud, OPS, pp. 15-23

³⁸ OMS, 1978, Informe final de la conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 -12 de Septiembre de 1978, Ginebra, pp. 1-20.

³⁹ OMS, 1983, Investigaciones destinadas a orientar los sistemas nacionales de salud, Ginebra, pp. 5-73

⁴⁰ OMS, 1984, Organización de los ministerios de salud para los servicios de atención primaria, Ginebra, Colección OPS/OMS, pp.50-250.

⁴¹ OPS, 1989, Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos, Washington, OPS/OMS.

En muchos países latinoamericanos la salud mental se encuentra al margen de la APS, quizás porque no está considerada como prioritaria cuando hay otros problemas de salud más angustiantes. El desarrollo de otros programas, como por ejemplo un buen programa materno-infantil, aporta mucho a la prevención primaria para evitar afecciones cerebrales orgánicas y psíquicas. Las actividades de salud mental que se desarrollan dentro de la APS deben apoyar los siguientes aspectos:

- a. La renuncia a las concepciones reduccionistas y psicologizantes que se orientan a explicar la problemática de salud con apoyo en aspectos psico-individuales antes que en el reconocimiento de los determinantes socio-estructurales de los procesos de salud-enfermedad, y
- b. La participación de las poblaciones y de sus organizaciones más avanzadas en el diagnóstico y comprensión objetiva de los problemas, y en el diseño, planificación y ejecución de acciones con proyección transformadora de la realidad.⁴²

A todo esto es importante considerar como la OMS define a la salud como *"un estado de bienestar físico y mental y social y no como la mera ausencia de enfermedad."* y es como se debe considerar en la APS.⁴³

2.3 El Niño, el Individuo, la Familia y la Comunidad.

El estado psicológico del niño dentro de su desarrollo físico es esencial para su crecimiento por lo que los padres deben de ser el eje fundamental de su cuidado, aún más cuando este niño requiere de un tratamiento especial con relación a su salud mental. Hay que tomar en cuenta que en general recae en la familia la entera responsabilidad del cuidado de estos niños.⁴⁴

De alguna manera cuando existe un niño con enfermedad mental hay que brindarle ayuda no sólo a él, sino también a su familia e incluso a la comunidad misma, por lo que se requiere de rehabilitación física, rehabilitación profesional, ayuda psicológica, ayuda económica, además de apoyo y orientación a los

⁴² Kroeger, A., Luna, R. comp, 1987, Atención primaria de salud principios y métodos, DSE, OPS, pp. 439-491.

⁴³ CONACYT, SSA, 1993, Investigación en Servicios de Salud (ISS), México, pp. 39-80.

⁴⁴ Metraux, J., 1994, El niño la familia y la comunidad, ECS, Nicaragua, pp.27-250.

familiares de estos pacientes ya que son factores esenciales para mejorar sus condiciones de vida y salud. Así se pueden favorecer acciones positivas, tanto al niño como a la familia, ya que existen muchos temores por la falta del desarrollo dentro de su vida social y futura.⁴⁵

Hay que considerar que la capacidad de adaptación en este tipo de problemas es necesaria en todas las etapas de la vida ya que en ocasiones hay resistencia por parte de la familia porque hay bloqueos en su ciclo de vida, incrementando el factor de riesgo no sólo para el niño o el adolescente, sino para todos los miembros de la familia, asociados a la desconfianza de sus familiares y de la misma comunidad.

Se debe tomar en cuenta que el niño con enfermedad mental es considerado como una carga social, y que si no se encamina el cuidado correcto, adecuado y oportuno, puede caerse en verdaderas desviaciones o errores que pueden ser aún más costosos y más difíciles de control, no sólo para el enfermo, sino también para la familia, agravando más sus circunstancias. Sin embargo, no hay que caer en la sobreprotección y el rechazo, sino dar apoyo e información suficiente a los padres y familiares que están en contacto directo con el niño.

Otro hecho significativo es el traslado del individuo. La familia frecuentemente vive en comunidades marginadas de pobreza y con pocas oportunidades para su desarrollo y crecimiento, y aun menos para contar con servicios de cualquier tipo, lo que hace cada vez más deprimente esta situación en un país con sobrepoblación. Un centro como él que nos ocupa ayuda a resolver esta problemática. Ahora la psicología es una de las áreas que brinda las oportunidades y se encuentra muy ligada con la sociedad a la cual anteriormente no se le daba importancia. Hoy en día se tiende a estudiar los problemas de los enfermos mentales y los desordenes de la conducta en su contexto social y se pone énfasis en la prevención y el manejo oportuno de la crisis y el tratamiento de

⁴⁵ Zaretski, E. 1976, Familia y sociedad, p.65.

los enfermos mentales en el seno de la familia para su integración a la comunidad.⁴⁶

Por otra parte el avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta y los progresos terapéuticos han fortalecido las ligas de la psicología, y psiquiatría con la medicina. Pero lo más importante es que, a partir de los avances tecnológicos, biológicos, médicos, terapéuticos, etc., también se han logrado avances o mejorías en cuanto al trato humano de los enfermos. Ahora el panorama es muy distinto a él del siglo pasado, pues el enfermo mental ya no se considera un demonio, una bestia, un ser peligroso, sino simplemente se le considera como un ser humano tan digno y capaz como cualquier otro. El enfermo está bajo un cuidado y un trato humano para lograr su rehabilitación e integración personal y social.⁴⁷

Esto muestra los avances en la psicología que permite reflexionar sobre la condición de los servicios y su problemática desde la perspectiva de tipo epistemológico y funcional en las instituciones. Autores como Cabildo Arrellano en 1967, consideraban que la *"salud mental es un tema que demanda la realización de diferentes alternativas para lograr una óptima condición física y humana del enfermo mental"*. De ahí la importancia de poner mayor énfasis en el carácter preventivo y en la necesidad de estudiar la epidemiología de los trastornos psíquicos y mentales, para que se logre una adecuada intervención en el aspecto de la planeación de los servicios de asistencia psicológica y psiquiátrica para la prevención específica de los elementos causales encontrados.

⁴⁶ Metraux, J., 1990, El niño, la familia y la comunidad, pp. 69 y 228-232.

⁴⁷ Maslow, A. 1990, El hombre autorrealizado, p. 38.

2.4 Investigación Orientada a la Comunidad.

La salud presenta una problemática nueva en el período actual en términos de salud mental en donde surgen insatisfacciones individuales colectivas por los servicios de salud, y en especial en la atención primaria. El análisis de este contexto se ve limitado por los recursos humanos, por la estructura física y por el financiamiento otorgado, ya que se requiere de un personal con conocimientos, habilidades y actitudes orientadas para el cuidado y la atención de estos pacientes. La promoción de la salud y la prevención comunitaria, corresponden a la APS, por lo que la investigación debe estar orientada a la comunidad para lograr los objetivos trazados dentro de los servicios de salud puesto que es un problema científico-técnico y también un problema social, que no nada más está comprometido el médico sino también otros profesionales de la salud.

El sistema social en una sociedad, determina el ejercicio médico, el tipo de medicina, el tipo de salud pública y el proceso de formación de recursos humanos, por lo que la investigación debe estar orientada a la comunidad con el enfoque institucional, regional y sistémica como lo consideran en otros países, utilizando vías, métodos y recursos para promover la salud.

La conceptualización de la comunidad: No debe considerarse solamente como un espacio geográfico con una población determinada, con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además como un espacio social en el cual se incorpora el concepto de la satisfacción de sus necesidades y el poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas, con una perspectiva nueva del espacio en que se desarrolla el proceso de salud-enfermedad, ya que también significa el analizar toda una variedad de fuerzas que afecta la condición humana, facilitando el mejor ejercicio del poder interno de la comunidad para la solución de sus problemas.

La conceptualización de la medicina comunitaria: No se considera como una especialidad médica sino como una vía para organizar la práctica médica con una proyección de su ejercicio médico a la comunidad, ya que ésta en nuestro

país constituye un aspecto permanente de desarrollo dentro del marco de sistemas sociales íntimamente ligados a las masas en la solución de sus problemas. Es importante considerar que no debe interpretarse como un sinónimo de atención médica de primer nivel, sino que es una actividad básicamente de atención primaria que está vinculada con el segundo y tercer nivel de atención médica.

El enfoque social de la salud y de la medicina requiere considerar al individuo y la comunidad, no como un objeto pasivo, sino como un sujeto activo con decisiones propias para participar activamente en la solución de sus problemas.

La orientación a la comunidad: Está basada en la solución de los problemas de salud de la población dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), resultando necesario un Sistema Único de Salud (SUS) lo que favorecería a la comunidad y a la investigación científica. Resulta interesante considerar que para diagnosticar y tratar estos problemas de salud de la población se requiere de la organización de la información de la salud. Es por ello que, al ir buscando la mejor información para optimizar y racionalizar la asignación de recursos para necesidades de salud, es necesario buscar nuevos caminos que puedan brindar mayores oportunidades.⁴⁸

Definición de un Modelo de Servicio de Medicina Comunitaria.

En 1959, la OMS al definir el concepto de lo que es medicina comunitaria considera atención materno-infantil, higiene escolar, atención integral del adulto y actividades colectivas.

Así, por ejemplo, en el ámbito individual abarca las siguientes actividades: control de salud mental del niño, desarrollo psico-motor, orientación para la salud, formación de comités de madres, pláticas de susceptibilidad de riesgo, pláticas sobre crecimiento y desarrollo, pláticas sobre desarrollo psico-motor y salud mental.

⁴⁸ Programa Nacional de Salud, 1995-2000.

Cada una de estas actividades define sus propios métodos, procedimientos y criterios para estandarizar los criterios clínico-terapéuticos, así como se define a la comunidad en tiempo, lugar, tamaño y a través del reconocimiento de la zona, la revisión de mapas y una visita preliminar a las familias.⁴⁹

2.5 La Legislación a Favor de la Infancia.

Después de revisar el informe del Estado Mexicano, el Comité de Seguimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño de Ginebra, se manifestó en la preocupación por el *"hecho de que las leyes y reglamentos relativos a la ejecución de los derechos del niño no siempre son compatibles, ya que lamentablemente no existe una estipulación en la legislación nacional relacionada con el interés superior del niño, ni la prohibición de la discriminación contra los niños"*.⁵⁰

Dentro de las propuestas que se generan para respetar los derechos de la niñez en toda sociedad mexicana son:

1. Actualizar y armonizar las leyes de los derechos del niño.
2. Impulsar leyes que reconozcan los derechos sociales de la niñez.
3. Promulgar que se respeten las garantías individuales de los menores.
4. Garantizar a los órganos responsables del manejo y tratamiento de los menores con discapacidades, entre ellos las enfermedades mentales.
5. Hacer obligatorio a ambos padres la responsabilidad del manejo y tratamiento de estos menores.
6. Revisar los programas institucionales de acuerdo a los servicios que se otorgan y al desperdicio de recursos.⁵¹

Al armonizar la legislación nacional y los derechos de la niñez deben impulsarse adecuadamente las políticas y programas del Estado Mexicano de

⁴⁹ UG, UAM-X, 1984, Seminario de integración de la investigación y docencia a modelos de Atención Primaria en América Latina, Memoria, pp. 50-95.

⁵⁰ Frente, Los niños en México, p.54.

⁵¹ Ibid., p. 79.

acuerdo a un sistema vigente y el gasto público asignado, para obtener los mejores beneficios a los grupos vulnerables y en especial a los que padecen enfermedades mentales.⁵²

2.6 El Derecho a la Educación.

Este derecho está en relación con el programa de desarrollo educativo 1995-2000, a donde se destacan filosofías educativas, equidad y participación de adultos y de la niñez, no buscando confrontar causas de las desigualdades educativas, haciendo énfasis en la atención a la población infantil que demanda un tratamiento especial a los menores con enfermedad mental.

Con esto se permite enfrentar una demanda de acuerdo a los problemas, señalando responsabilidades de las cuales las instituciones de educación deben de ser responsables, en la formación de valores, convivencia, autoestima, con el cuidado necesario para los grupos que requieran una educación especial que les permita construir una calidad de vida digna.

Este programa hace propuestas como son:

1. Hablar no solamente de cobertura de programas, sino de avances y rezagos en el desarrollo de la niñez.
2. Fortalecer los sistemas de evaluación continua para garantizar la educación de acuerdo a necesidades reales.
3. Enfatizar el componente de participación comunitaria en programas preescolares.
4. Promover el mejoramiento de la educación en general.

La población infantil con necesidades educativas especiales (NEE) también requiere de una educación especial por lo que es necesario reconocer una idea original que brinde mejor y más estrecha atención. A la larga esta situación favorece también una minusvalía social.

⁵² Ley General de Salud en México, 1997.

En gran parte de estos casos; ni los profesores, ni los padres de familia tienen la adecuada información sobre el procedimiento y las condiciones de integración que con ellos dificulta la evaluación y el avance de los niños con necesidades especiales en las aulas regulares. No están acostumbrados a interactuar con la educación y la escuela, lo cual es una situación grave entre los ambientes escolares y familiares que favorecen la falta de desarrollo de estos menores sin cubrir sus necesidades y expectativas.⁵³

2.6.1 Educación especial

En años recientes todos los países se han dado la tarea de la educación a la población discapacitada utilizando el modelo de educación integral, no quedando exento México, ya que también ha dado cambios a nivel legal, así como se ha considerado en la Ley General de Educación y en la Carta Magna Constitucional. Sin embargo, aún cuando las fundaciones constitucionales y de legislación constituyen una base importante, la experiencia muestra que la educación especial es una decisión de las personas más que de las instituciones.

Asmervik, en 1976, y algunos otros investigadores⁵⁴ refieren que existen seis niveles para considerar la educación especial dentro de un marco escolar, familiar y social: integración física, integración funcional, integración social, integración personal e integración en una organización, lógico es, todas estas acordes a las necesidades de cada individuo.

Sin embargo, hay una diversidad de discusión acerca de las acciones destinadas a la educación especial que se ha convertido en un tema de gran interés para la sociedad en general, por lo que existen datos específicos en el Instituto de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 1996) así como en el Programa Nacional para el Desarrollo, de las personas con discapacidad

⁵³ Calvero J., 1982, Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México, p. 13.

⁵⁴ Molina, N., 1997, Enfoque actual de la educación especial, su aplicación en la escuela regular, Básica, Revista de la escuela y del maestro, Año 4, marzo-abril, 1997, No. 16, p. 14.

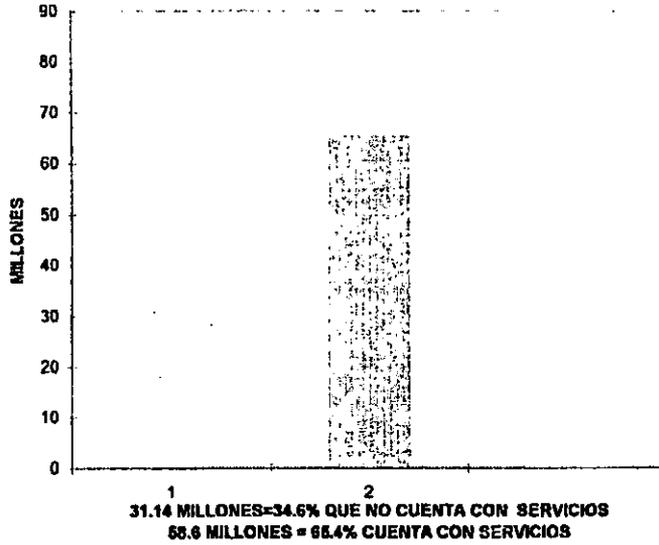
(CONVIVE, 1996), considerando que la OMS define a la discapacidad como "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso". Debido a sus propias limitaciones físicas, sensoriales o psicológicas los niños con necesidades educativas especiales rara vez se ajustan a esta definición.

En el marco específico de la atención a necesidades educativas especiales la participación, cada vez más activa, de la sociedad civil, encabezada por agrupaciones y sociedades de padres de familia, ha crecido a nivel mundial con la finalidad de brindar una oportunidad de mejores condiciones de educación a los niños con necesidades especiales, no sólo teniendo un enfoque de que este tipo de educación debe de ser otorgada en la escuela, sino que se ha propuesto como estrategia una integración educativa a nivel particular, a donde no sólo participe el gobierno, sino que el servicio sea responsabilidad también de otras organizaciones, cuyas tareas consistan en dar atención en una aula de apoyo y brinden apoyo psicopedagógico con calidad.

Sin embargo, las dificultades del desarrollo se encuentran ligadas con las desventajas socioculturales en que vive la mayor parte de los individuos de las naciones pobres, ya que la mayor problemática se debe a un origen de condiciones sociales o culturales inadecuadas, detectándose en México que la marginación socioeconómica está asociada a malas prácticas de higiene y crianza, bajos niveles de escolaridad y malnutrición, entre otros factores. La calidad de vida de la población mexicana está llena de contrastes en las desigualdades, en la distribución de ingresos, en la casi inexistente movilidad social entre clases y su extrema pobreza en la que vive la mayor parte de los habitantes (gráficas 1 y 2). Se estima que México cuenta con una población cercana a 92 millones de habitantes con una tasa de crecimiento anual del 2%, lo que significa en números absolutos que cada año nacen más de 2 millones de nuevos mexicanos, que demandan oportunidades similares para su desarrollo. Los informes oficiales

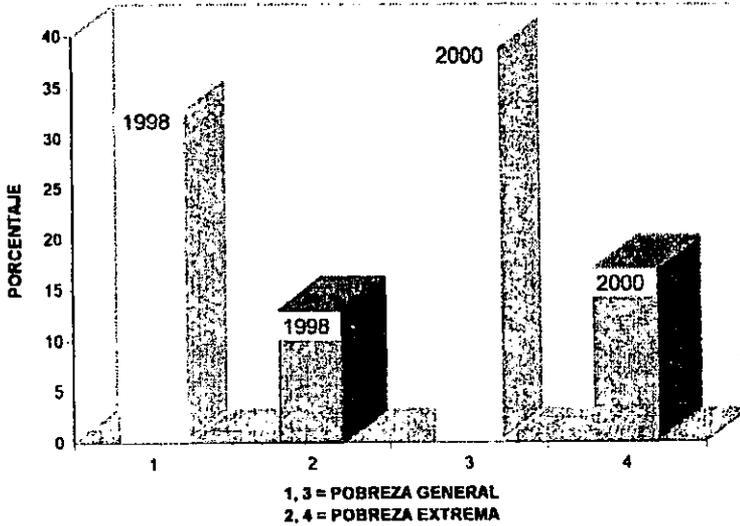
UNA TERCERA PARTE DE LA POBLACIÓN LEGAL O POTENCIAL NO CUENTA CON OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

GRAFICA 1



POBLACIÓN DE POBREZA EN MÉXICO EN 1998 Y PROYECCIÓN PARA EL AÑO 2000

GRÁFICA 2



(DGEE, SEP, 1981; Plan Nacional de Desarrollo, 1995) reportan que cerca de 10 por ciento de ellos padece algún tipo de discapacidad.⁵⁵

Los individuos con retardo en el desarrollo en México han sido clasificados con problemas de deficiencia mental, dificultad de aprendizaje, trastornos de audición y lenguaje, deficiencias visuales, impedimentos motores y problemas de conducta, además de que existen niños con capacidades y aptitudes sobresalientes y niños autistas. A partir de los datos reportados por la Dirección General de Educación Especial (DGEE, 1992) se dice que en el sistema público sólo se cubre entre 1.95 y 2.67 por ciento de la demanda potencial de educación especial. En 1996 hubo 2 524 unidades de servicio en el país que es un número reducido en contraste a la magnitud del problema. La población atendida y diagnosticada en el mismo año fue 287 295 individuos, siendo insuficientes en relación con el número, tanto los recursos físicos como los recursos humanos con los que se cuentan para satisfacer las necesidades de estas personas.⁵⁶

Para resolver el problema las estrategias deben estar orientadas hacia su prevención. Este trabajo deberá dirigirse a la familia como principal centro de atención. Por otra parte se ha considerado al campo de la psicología como una respuesta para enfrentar este tipo de problemas y con ello dar apoyo a los individuos dentro de la sociedad.

⁵⁵ Alarcón, M., 1997, Iguales y diferentes, andamiaje necesario para la integración social, *Básica, Revista de la escuela y del maestro*, Año 4, marzo-abril, 1997, No. 16, p. 21.

⁵⁶ Romano, H., 1997, El retardo en el desarrollo. Factores coadyuvantes y una alternativa para su prevención y tratamiento, *Básica, Revista de la escuela y del maestro, México*, Año 4, marzo-abril, 1997, No. 16, pp. 43-52.

2.7 Epidemiología de la Enfermedad Mental.

México es un país en transición de tipo demográfico, epidemiológico, político, social y de salud. Desde 1937 existen más de 38 millones de niños y niñas menores de 18 años de edad, de los cuales actualmente hay más de 10 millones de enfermos mentales y se espera un crecimiento de la tasa de estos casos de acuerdo a los cambios transicionales. Esta población se encuentra a merced de las políticas impuestas por sus mayores, sujetos a las condiciones desfavorables de desarrollo que les afectan, como son las medidas económicas, la pobreza, la desigualdad y la discriminación racial y social.

La desventaja está más pronunciada en las clases sociales más vulnerables, donde se suma la desintegración de la familia, falta de cultura, y enfermedades mentales en sus diferentes grados. Para algunos investigadores esta transición es sinónima de retroceso, pérdida y mayor incremento de enfermedades mentales. Para los problemas de salud, como son los trastornos mentales, en la población más pobre y marginada en ocasiones hay pocas posibilidades de encontrar algún apoyo de acuerdo a sus carencias.⁵⁷

Desde hace varios años se advierte un cambio en el panorama de la atención médica en América Latina, donde se ha observado una prevalencia elevada y creciente de manifestaciones mentales, tanto en la población general como en los individuos que acuden a los centros de primer nivel de atención médica. De acuerdo a estimaciones, los trastornos mentales aumentarán de 22.6% de 1985 a 26.3% para el año 2000 (gráfica 3). En México el número de casos se elevará de 10.7 a 17.3 millones para el mismo período (gráfica 4).⁵⁸

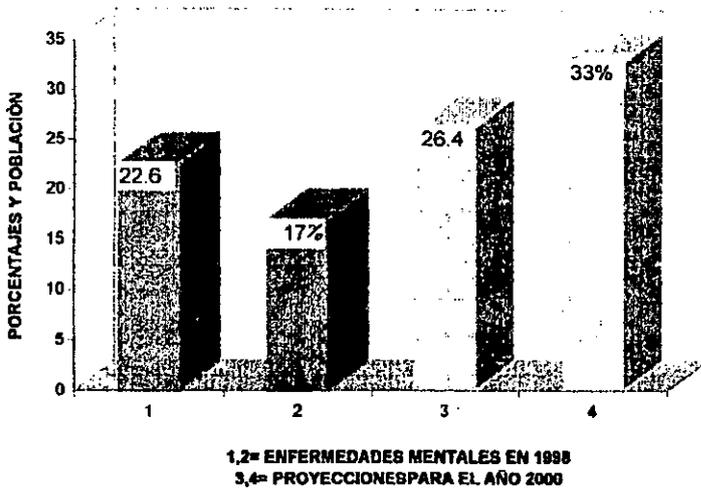
Según un estudio promovido por la OMS 10% de los pacientes que acuden al médico general en algunos países del tercer mundo padecen trastornos

⁵⁷ Rivera R., Urbina, J., 1989, Estadísticas Básicas sobre la formación del psicólogo en México, en Urbina J. (comp.) El psicólogo, formación ejercicio profesional, perspectiva, p.509-522.

⁵⁸ Robles, L., Mercado F., 1991, Prevalencia de entidades mentales en escolares en un área metropolitana de Guadalajara, Salud Pública de México, pp. 49-65.

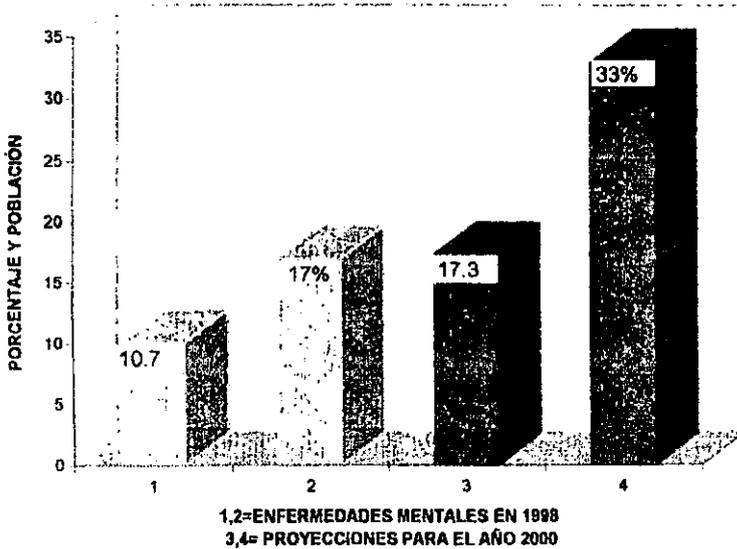
PROYECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN EL AÑO 2000 EN EL MUNDO

GRÁFICA 3



PROYECCIONES DE ENFERMEDADES MENTALES PARA EL AÑO 2000 EN MÉXICO

GRÁFICA 4



psiquiátricos de tipo neurótico. No sólo las poblaciones urbanas están sujetas al estrés que da como resultado problemas de salud mental. Reportes hasta ahora conocidos de estudios en el área rural en países americanos revelan índices superiores al 20% de la población general. Otros estudios demuestran que aproximadamente 30% de los pacientes que consultan los servicios básicos de salud sufren diferentes tipos de trastornos mentales.⁵⁹

De acuerdo a algunas evaluaciones la investigación en el área de salud mental es escasa, fragmentada y heterogénea. Hay carencia de datos del manejo y de la atención médica en centros comunitarios con relación a la población en general, por lo que existe la necesidad de establecer de manera adecuada y oportuna un manejo de ese tipo de pacientes en algunos grupos de la población.

En forma paralela se reconoce que la obtención del manejo de estos pacientes requiere formular estrategias de prevención y control apropiada, sobre todo en el primer nivel de atención. La etapa que más se considera como prioritaria para realizar acciones de salud en esta área es durante la infancia y la adolescencia. Existen trabajos relativos a la niñez que se han ocupado principalmente con los problemas de crecimiento psicológico relacionado con la desnutrición y el retraso mental, la epilepsia y la disfunción cerebral mínima. Prácticamente se dice que se desconoce la situación de otras manifestaciones relacionadas con la conducta, enfermedades psicosomáticas, trastornos de aprendizaje y de la personalidad.⁶⁰

Investigadores muy reconocidos, que han realizado evaluaciones para conocer manifestaciones en la esfera mental en los niños, indican que no existe suficiente información adecuada sobre su incidencia y prevalencia en México. Los pocos estudios que existen están enfocados al ámbito hospitalario más que a la atención primaria. El estudio de este tipo de problemas mentales en escolares reúne una serie de ventajas que lo convierte en un tema de interés para la investigación comunitaria de atención primaria; primero porque no es una

⁵⁹ *ibid*, p.56.

población demandante en atención psiquiátrica; ya que se ofrece a un modelo de población abierta, y se aplica a un grupo etario poco abordado en comparación a otros períodos, como por ejemplo la tercera edad.

En 1990 existían en el país 8,315 camas psiquiátricas de las cuales el 63% pertenecen a la Secretaría de Salud, 15.5% a los gobiernos estatales o municipales, 0.6% al IMSS, 0.6% a otras instituciones federales y 20.3% son privadas. En conjunto el índice de ocupación de esas camas es de 93%, lo que significa la existencia prácticamente constante de 7.33 enfermos internados, ó sea uno por cada 5.703 habitantes. Si se hace una extrapolación de lo que ocurre en las instituciones oficiales, cada cama atiende a dos pacientes al año por lo que son 15.466 personas internadas en total. Como el 62% son casos nuevos, resulta que actualmente uno de cada 4.588 habitantes buscan internamiento psiquiátrico por primera vez. De todos ellos el 80% son psicóticos y si a esto se suma los de psicosis que acuden por primera vez a consulta externa de instituciones oficiales y descentralizadas tendremos una cifra de incidencia de psicosis de 19.275 casos de primera vez al año, ó sea una tasa de 46X100.000 habitantes.^{61 62}

Como comentario se puede decir que con respecto a los factores que determinan la salud y la enfermedad mental de los mexicanos, sea cualquiera de la estructura psicopatológica que se prefiera, existe una causa en la salud y la enfermedad mental que está condicionada por el estado orgánico del individuo y por los aspectos psicodinámicos que le son propios, influidos éstos por el ambiente sociocultural de la comunidad a la que pertenece y son:

1. Factores orgánicos.

Están de acuerdo a los factores de tipo genético que tienen los mexicanos antes del nacimiento, además de los numerosos riesgos durante el período prenatal. De esta manera, se observa que la salud mental del mexicano está sujeta a los cuidados prenatales y del parto, pero todavía hay una gran amenaza

⁶⁰ Atlas de Salud de la República Mexicana, primera convención nacional de salud, 1973, p.21.

⁶¹ XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, p.4.

⁶² Programa Nacional de Población, 1995, p. 6

para el 66% de los mexicanos que no reciben esa atención durante estos períodos, dado que se ha registrado que uno de cada tres mexicanos es atendido por parteras empíricas, que no tienen el conocimiento ni la experiencia para el manejo correcto del niño. Otro daño psíquico de origen orgánico es el que se deriva de la deficiente nutrición del pueblo, particularmente durante la infancia. En el caso de algunos trastornos endocrinos como el bocio, el desarrollo psíquico de los menores es inadecuado, aún cuando no se llegue al cretinismo.

2. Factores socioculturales.

El más importante es la explosión demográfica, circunstancia que origina una transformación continua de la organización institucional y social, buscando la satisfacción siempre urgente de más servicios públicos, mayor número de viviendas, empleos, escuelas y servicios de salud. A esto se agrega la migración de las zonas rurales hacia las grandes urbes o de la población económicamente activa hacia el norte durante ciertas temporadas.

3. Trastornos psíquicos.

El tipo de relaciones que se juegan en el espacio familiar es un conjunto de factores interrelacionados que determina el proceso de salud enfermedad. Entre estos factores se encuentran las relaciones afectivas, la personalidad de los miembros de la familia, los estilos de crianza, el aprendizaje de valores, las costumbres o hábitos, las relaciones con los padres, y la actitud de los padres hacia los hijos.

4. Ingreso económico.

El bajo ingreso económico crea inseguridad al ser humano, que tiende a provocar ansiedad, frustración, agresividad, baja autoestima, etc. Este bajo ingreso obliga a que participe la madre o el menor a trabajar, contribuyendo a la desintegración de la vida familiar, y a la exposición del niño a los riesgos de la calle. Por otro lado, la economía débil también es motivo de las migraciones internas y externas de personas que buscan una mejor situación. Esa movilidad

necesariamente acarrea dificultades de adaptación, facilitando desajustes en el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

5. Hacinamiento.

El 62% de la población se aloja en viviendas constituidas por sólo dos cuartos. Es casi seguro que ese hacinamiento tenga efectos negativos para la personalidad infantil, además de que reduce la posibilidad de privacidad de los adultos y dificulta el reposo tan necesario para la salud mental.

6. Inseguridad pública.

Es otro factor que obliga al individuo a permanecer en cierto grado de tensión, así como crear defensas para mantenerse en equilibrio. El mexicano canaliza sus problemáticas a través de la libertad de su expresión: el chiste, la canción, la pintura, la creatividad artesanal e inventiva, diversiones, la religión, pues le permiten un cierto grado de realización y satisfacción.

Todo esto parece influir en la salud mental de la población mexicana, pero en tanto no se tengan estudios epidemiológicos probatorios, todo queda en el plano de las deducciones teóricas, y por lo tanto no son por el momento premisas utilizables para la terapia social.⁶³

Peter Ryan en 1982 consideraba que el "hospitalismo" es un problema que no presenta muchas alternativas a los pacientes.⁶⁴ Es considerado como la condición de dependencia que aumenta constantemente en un ambiente protegido, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación que el paciente pueda tener en la comunidad. Este ambiente es descrito por Goffman⁶⁵ como institución total, en donde sin duda ocurre esta condición de aislamiento y dependencia del enfermo. Se caracteriza por un estrecho control sobre todas las actividades del paciente y un desarrollo de ellos

⁶³ *Ibíd.*, p. 60.

⁶⁴ Ryan P., y cols., 1982, "Alternativas para el Hospitalismo, Salud Mental, Vol.3, p. 4.

⁶⁵ Gómez Pérez, y cols., 1995, Retos de la formación profesional del psicólogo, una visión del futuro, UNAM, p. 104.

dentro del mismo ambiente, así como por la restricción absoluta de su acceso al mundo exterior.

Otro problema más que experimenta el paciente, es lo que Goffman define como "*violación de la reserva informacional*": el expediente del enfermo incluye todos los hechos de su vida anterior, mismos que pueden ser leídos por cualquier miembro del personal clínico y es en este sentido que pierde su vida privada. Todas estas vivencias hacen que el paciente entre en un proceso de "mortificación", el cual trae como consecuencia una disminución de su sentimiento de autoestima al perder su identidad social.⁶⁶

Desde mucho tiempo atrás hasta la fecha queda claro que existe una interacción entre lo biológico y lo psicológico en un doble sentido, ambos se influyen malamente, es decir, así como lo psíquico puede provocar alteraciones del organismo, igualmente las alteraciones en éste pueden provocar trastornos en las funciones psíquicas.

Hoy en día resulta prácticamente imposible separar netamente los problemas psicológicos de los biológicos, estos factores propician situaciones de pérdida de contacto con el mundo externo, de las pertenencias personales, y la ausencia de perspectivas futuras.⁶⁷ La tendencia actual parece inclinarse más en favor de requerir atenciones de tipo psicológico, que sólo se emplean en caso de que la magnitud de la crisis sea de grandes proporciones o porque las condiciones familiares así lo hacen necesario. Pues la filosofía de la rehabilitación del enfermo mental defiende al ser humano, que en el caso de sufrir una merma de sus facultades mentales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres.

En la actualidad se han desarrollado alternativas que han resultado eficaces para la rehabilitación de los enfermos mentales, como por ejemplo la

⁶⁶ Ibid., p. 90.

⁶⁷ Robles, L., Mercado F., 1991, Prevalencia de entidades mentales en escolares en un área metropolitana de Guadalajara, Salud Pública de México, pp. 49-45.

hospitalización parcial que permite al paciente obtener los beneficios del constante cuidado psicológico y a la vez mantenerse unido a la familia y a la comunidad. Por otro lado, el problema que enfrenta es que cuando los pacientes regresan a su medio, su salud se vuelve a deteriorar, lo que significa que la recaída de los pacientes está vinculada con el comportamiento de su familia. Esto también lleva a la creación de alternativas que mejorará la calidad del ambiente familiar.

Ya que la enfermedad mental existe y se manifiesta de diversas formas, por tal complejidad, el campo de la psicológica aún no ha alcanzado el grado de precisión que poseen las especialidades médicas. Se insiste en que el hombre es una unidad biopsicosocial y que en el proceso de salud mental se pone en juego una serie de factores multicausales que interactúan entre sí, desencadenando y favoreciendo la permanencia del padecimiento. Por ello los factores sociales, culturales y económicos son de gran importancia porque determinan la actitud de los individuos hacia el enfermo mental y los distintos métodos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El hacer énfasis en estos aspectos constituye un aspecto enriquecedor del modelo científico para el tratamiento de la enfermedad mental, además hace falta la participación activa tanto del Estado como de la comunidad, no solamente hablando en cuestiones económicas y recursos físicos, sino especialmente en cuestiones esencialmente humanitarias.

Lo anterior es sólo una aproximación que pone de manifiesto el vasto mundo de los servicios de salud mental. Su concentración de pacientes, su institucionalización y el cruce de una sociedad que posee una moral que antepone *"los principios morales y las buenas costumbres"*, no suprimen la búsqueda de alternativa, ni tampoco nos informa del futuro de un paciente. Tal parece que la institución se constituye en un micromundo que lleva su dinámica y que no deja escapar otras formas de vida que no sea el rumor y la morbosidad de los que están fuera.

Las discusiones pueden ser desde distintas y diversas perspectivas, hacerse razonamientos de articulación, pero lo cierto es que los problemas de salud mental aumentan y se propagan como una pandemia de este fin de siglo.

Basta ver las estadísticas de los últimos años donde encontramos índices de suicidios y de indigentes que van de 120 por más a 800 por año. Sin duda son cifras alarmantes y en estas circunstancias, la reflexión se puede centrar en el punto de la prevención y quizá no sólo como recomendación, para elevar en verdad la calidad de vida de los ciudadanos proporcionando mejor educación, alimentación, recreación y una vida afectiva emotiva. Sin duda, muchos de los problemas podrán persistir, pero la etiología sería diferente y quizá no sólo basta poner sanciones para los enfermos mentales.

2.8 El Derecho a la Salud.

Está considerado en la Constitución Mexicana en el artículo 4to: "México reconoce el derecho intrínseco de cada niño y se compromete a garantizar en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo" (artículo 6). Reconoce el derecho del niño a disfrutar el nivel más alto posible de salud y a contar con los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación, con énfasis en la APS y los cuidados preventivos (artículo 24). Estos compromisos abren un terreno vasto en relación con la salud considerando en especial la problemática del enfermo mental entre otros problemas como son la desnutrición, el embarazo en adolescentes, el SIDA, etc.⁶⁸

Es claro que las áreas urbanas son favorecidas a pesar de la intención expresada en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 de mejorar la distribución para poner fin al rezago que afecta a amplios grupos de la población, con una visión de salud como ausencia de enfermedad y con un enfoque básicamente curativo, lo que viene a ser difícil a considerar dentro de la evaluación del problema de salud mental.⁶⁹

⁶⁸ Myers R., 1997, El derecho a la salud, en COMEXANI, Los hechos se burlan de los derechos, p.47.

⁶⁹ Ibid., pp. 60-62.

Un programa al cual se ha dado relevancia es el de atención mental y capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud, sin embargo, se desconoce en gran parte la evaluación del efecto, por lo que el programa merece un seguimiento y una evaluación en forma prospectiva. Por eso se considera que el derecho a la salud está muy lejos de ser una realidad para millones de mexicanos que viven en condiciones de extrema pobreza y la gran mayoría de los niños no tienen garantizado un desarrollo físico, social y mental.

2.9 Las Políticas del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales de la Organización Panamericana de Salud (OPS), publicado en la Documentación Oficial No. 179, 1982, contempla "la formulación, adopción y ejecución de políticas de investigación y tecnología en salud en las áreas prioritarias con las estrategias de la APS y con la política nacional de ciencia y tecnología. Da énfasis al desarrollo de investigaciones biomédicas y socio-epidemiológicas; a la revisión, selección y adaptación por el sector salud de los enfoques técnicos de la investigación operativa; a la promoción y desarrollo de innovaciones tecnológicas y a la adaptación de la tecnología apropiada a la situación de cada país".

Dentro del contexto de la estrategia de APS, este plan recomienda las actividades de investigación que a continuación se presentan en forma resumida:

1. Políticas nacionales de investigación y tecnología en salud:
 - a) Integración de las políticas de investigación y de tecnología apropiada en los planes nacionales de salud y en los de desarrollo.
 - b) Promoción del mecanismo de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) para su incorporación en las políticas nacionales de investigación y tecnología en salud.
 - c) Coordinación del desarrollo de investigación y tecnología en salud.

d) Promoción para la inclusión de normas éticas dentro de las políticas nacionales e internacionales de investigación.

2. Intercambio de información científica y tecnológica:

a) Promoción y apoyo a las fuentes de producción, recolección y difusión del conocimiento científico y tecnológico en salud.

b) Desarrollo de centros y redes nacionales de información y documentación en ciencias y tecnología de la salud.

3. Fortalecimiento de la investigación en áreas prioritarias:

a) Desarrollo de la investigación biomédica.

b) Promoción de la investigación socio-epidemiológica.

c) Desarrollo de la investigación operacional, incluyendo la organización de procesos de capacitación formales e informales.

d) Desarrollo de instituciones que incluyan centros de cooperación y asistencia.⁷⁰

Si se analizan las líneas de trabajo sugeridas en el plan de acción para la implantación de las estrategias regionales y nacionales se encuentra una serie de acciones que solamente pueden ser definidas, planeadas, organizadas y ejecutadas con base en resultados obtenidos mediante estudios e investigaciones pertinentes. Entre los aspectos que corresponden con lo que se afirma se encuentran los siguientes:

- Desarrollo de una infraestructura para apoyar la eficacia y accesibilidad de los servicios.
- Búsqueda de tecnología apropiada e identificación de las existentes.
- Aspectos operacionales de los servicios de salud.
- Análisis de la producción de los servicios.
- Control y evaluación en salud para hacer correcciones y ajustes.
- Enfoques y prácticas epidemiológicas.
- Modos de participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Aspectos sociológicos involucrados en la aceptación de las acciones de salud.

⁷⁰ Canales, F., Alvarado E., Pineda E., 1989, Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, p. 31.

- Modos para la planificación, formación y utilización de personal de salud.
- Procesos administrativos y de gestión.
- Aspectos financieros y presupuestarios.
- Mecanismos para promover la articulación intersectorial.
- Desarrollo institucional.

Para el Estado, su política de salud se suscribe a los diagnósticos y la creación de instituciones, así como la formación de recursos humanos, lo que implica políticas conciliatorias entre la descentralización y la de la independencia de los Estados. Los servicios se diluyen y cuando llegan a los usuarios mejora la calidad de la atención en el servicio otorgado, esto sin contar que la descentralización permite la desconcentración de profesionales en las zonas urbanas, lo que implica que facilite la insuficiente conformación de recursos humanos para dar un servicio a la población menos protegida.⁷¹

Esto significa que gran parte de la población no tiene acceso a servicios que puedan mejorar sus condiciones de salud (gráfica 1). Los esfuerzos por darle otro giro a la política de salud se supeditan a la estructura política administrativa y al manejo de los intereses de mercado con respecto al concepto de servicio y la articulación con la productividad. Es ilustrativo lo que se señala en la convención sobre la invalidez:

"Considerando el constante aumento de la invalidez de todo tipo, que afecta núcleos de población cada vez más numerosos, y que repercute limitando el desarrollo de los individuos, la familia y la comunidad, se recomendó que los planes de salud nacionales, estatales, municipales y locales, comprendan acciones para la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos; se proporcione educación a todos los discapacitados, ya sea normal o especializada, de acuerdo con sus capacidades residuales; que basándose fundamentalmente en su capacidad, se ofrezcan las mismas oportunidades de empleo a los inválidos rehabilitados, por parte de las empresas públicas y privadas; se coordinen oficiales y con ellos los de índole privada, para la rehabilitación en los campos de la salud, la educación y el trabajo. Además se recomienda que se establezcan, en las diferentes entidades del país, centros de rehabilitación integral y educación

⁷¹ Infante C., 1995, "La pobreza en México y el acceso de los servicios de salud", en Calva, L., Distribución de ingresos y políticas sociales, p. 145.

especial, que se integren actividades médicas, educativas, sociales y ocupacionales, que funcionen como eje central de las acciones de prevención de invalidez y rehabilitación.⁷²

El Estado como órgano rector de los servicios establece las políticas y las formas de evaluación y diagnósticos. Existen 30 millones de habitantes que no tienen acceso a los servicios de salud, es decir, una tercera parte de la población legal o potencial no cuenta con oportunidad de servicios de salud, lo que representa el 34.6% de aparente subutilización (gráfica 1). Sin embargo y a este respecto, el mayor porcentaje lo tiene la Secretaría de Salud, 44.7%.⁷³

La movilidad poblacional creó demandas y nuevas necesidades, lo que hace que los servicios deben de entrar en otra dinámica en cuanto a su funcionamiento, aún cuando se diga que la tasa de natalidad para el año 2000 será en números redondos del 2.0 %. La esperanza de vida se ve alentada o reducida por el factor de ingreso per capita de la población; se debería de decir que la falta de empleo no eleva la calidad de vida. Es un factor muy importante, puesto que posibilita el acceso a la cultura, la alimentación y un servicio de salud física y mental de calidad y eso justamente podría elevar el promedio de vida en la sociedad mexicana.

El Estado cumple con formas de vida instituidas y sus planes de desarrollo, que parecen dejar de lado la condición humana al priorizar la perspectiva económica, que sólo establece niveles de rendimiento en acumulación de capital, sin importar lo que sucede con los ciudadanos. Eso significa que se acumula riqueza y se produce pobreza. Estas fronteras entre la economía y la condición humana han puesto a los grupos de profesionales en el punto del análisis: Los análisis realizados por el equipo de trabajo independiente de las ONGs, intitulado Distribución del Ingreso y Políticas Sociales,⁷⁴ se dan a la tarea de establecer las formas de un desarrollo social de acuerdo a la distribución del ingreso y donde la

⁷² Ibid, p. 70.

⁷³ MASP, 1995

⁷⁴ De la Garza L., Nieto E., (coordinadores), 1995, Distribución del Ingreso y Políticas Sociales, México, Equipo Pueblo, Enlace. Foro de Apoyo Mutuo, J. P., tomo I.

política neoliberal juega un papel muy importante. Reduce el ingreso y plantea la posibilidad de una política económica que se generó entre 1981 y 1987. El número de pobres pasó de 32.1 a 41.3 millones y la población en pobreza extrema pasó de 13.7 millones de mexicanos a 17.3 millones.⁷⁵

Esto significa que las oportunidades de acceso al servicio a la salud se reducen substancialmente. El modelo neoliberal se hace excluyente y dentro de las formas de organización socioeconómica desplaza a los empresarios mexicanos. La especulación bursátil sólo enriqueció a unos cuantos. Sin duda ésta es la forma en que se localizará al proceso social más complejo con relación a las políticas de salud, porque los servicios no han podido ser cumplidos conforme a los principios de la revolución de 1910. Quizá se deba decir que la crisis de 1994 vino a poner en evidencia el fracaso de un modelo socioeconómico que prometía una distribución de la riqueza más justa con el programa de solidaridad.

Se describen los siguientes acuerdos con las cuales la atención médica debe otorgarse, garantizando una efectividad y calidad de servicio médico:⁷⁶

1. Realizar las actividades a fin de que por medio de los procesos y subprocesos que ocurren en la unidad, se otorgue la atención de la salud de la población en forma óptima.

2. Procurar que toda actividad normativa que regula los procesos y subprocesos que ocurren en la unidad, facilite el trabajo operativo al personal para la atención de la salud.

3. Promover que la unidad disponga de los recursos necesarios para la atención de la salud de la población.

4. Vigilar que el personal para la atención de la salud que participa en los diversos procesos y subprocesos realice sus actividades con oportunidad, calidad y calidez.

Durante la década de los 80's a los 90's, existía un agotamiento de modelos médico-administrativos en el país, que han afectado al Sistema Nacional de Salud,

⁷⁵ Ibid., p. 68.

⁷⁶ SSA, Sistema Nacional de Salud, 1990, pp.10-90.

sin embargo, este sistema cuenta con una política social y se fundamenta en las siguientes razones:⁷⁷

1.- Superar diferencias de índole cuantitativo y cualitativo entre los servicios de salud que ofrecen las instituciones de seguridad social.

2.- Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los Gobiernos y Estados.

3.- Vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global de las naciones.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud persigue dos objetivos y son :

1.- Ampliar la cobertura de servicios de salud a toda la población.

2.- Elevar la calidad de la atención médica de los servicios de salud con la intención de alcanzar un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores.

Las estrategias para llevar a cabo ésta consolidación son :

1.- Sectorización

2.- Descentralización

3.- Modernización de la Secretaría de Salud

4.- Coordinación intersectorial

5.- Participación comunitaria.

2.10 Sistema Nacional De Salud.

El SNS (anexos I 2 – I 4) es el responsable de armonizar los programas y servicios de salud que se realizan en las dependencias tanto Federales como Estatales, así como de las personas físicas y morales de los sectores social y

⁷⁷ Castillo A., 1996, Se suspende el debate, Expansión.

privado, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.^{78 79 80 81}

Está integrado por tres tipos de componentes que son:

1. Sector Salud,
2. Sector Social,
3. Sector Privado.

El Sector Salud (anexo I 1) está integrado por dos ámbitos :

1. PROGRAMÁTICO

Comprende los programas y funciones de las instituciones de seguridad social. Este sector trata de socializar parcialmente el pago de servicio. Un grupo lo aporta el financiamiento en general participando los trabajadores, los empresarios y el gobierno, definiéndose quiénes son los que tienen acceso a los servicios.

2. ADMINISTRATIVO

Comprende a la Secretaría de Salud, y se integra a su vez por dos subsectores, el de la Asistencia Social y el de los Institutos Nacionales de Salud. El Estado es el financiador, destinando a ello parte de sus ingresos producto de los impuestos que paga la población.

Con estas generalidades se ha considerado que en la práctica la prestación de servicios de salud en México está basada en tres principios que son:

1. El principio de poder de compra, el cual guía la asignación de los recursos en el mercado privado de servicios de salud;
2. El principio de pobreza en las instituciones que dan servicio a la población no asegurada, otorgando atención a la salud a quiénes demuestran indigencia o necesidad financiera;
3. El principio corporativo en las instituciones de seguridad social obligatoria, otorgando servicios médicos y prestaciones económicas únicamente a ciertos grupos funcionales u ocupacionales que son definidos por el Estado como

⁷⁸ Soberón G., 1987, El Sistema Nacional de Salud, Revista de Administración Pública, México.

⁷⁹ De la Madrid, M., y cols., 1988, La descentralización de los Servicios de Salud: El caso de México, Porrúa.

⁸⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1996.

⁸¹ Ley General de Salud, México, 1995.

prioritarios, sea porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica en el mercado laboral o en la sociedad.

La operacionalización de cada uno de estos principios ha dado lugar a un sector institucional diferente con notoria desigualdad de recursos, y además aún quedan segmentos importantes de la población que no son cubiertos por ninguno de estos sectores, por lo que se requieren grandes cambios, a fin de lograr que los servicios de salud se otorguen de acuerdo a un cuarto principio, el llamado de Ciudadanía, que consiste en el estricto sentido del *Espíritu de Derecho a la Protección de la Salud*, a través del cual se busca lograr cumplir con la equidad, del principio de acceso universal a los servicios de salud.

Esto marca una verdadera heterogeneidad de personas e instituciones que integran al Sistema Nacional de Salud, que se manifiesta en pluralidad de agentes que intervienen en el financiamiento y en la prestación de servicios. Las diversas modalidades de financiamiento constituyen un instrumento fundamental para la adecuada prestación de servicios de salud.^{82 83 84}

En México, los servicios públicos de salud cuentan con tres tipos fundamentales de financiamiento y son:

1. UNIPARTITA

Corresponde a las Instituciones que atienden a la población abierta. Los recursos provienen de las aportaciones del Gobierno Federal (más del 80 % en promedio) y de los gobiernos de los Estados. En ambos casos los recursos provienen de los impuestos recabados. Estos servicios incluyen el Esquema de cuotas de recuperación.

2. BIPARTITA

Su régimen es de seguridad social para los trabajadores al servicio del Gobierno Federal. Los ingresos proceden de cuotas en las que se aporta 2.5 % de

⁸² Cullis G., West A., 1990, *The Economics of Health*.

⁸³ Soberón G., Laguna J., 1988, *La salud en México, Testimonios 1988, Vol I, Fundamentos del cambio estructural, México, FCE.*

salario a cubrir prestaciones y servicios de medicina preventiva, rehabilitación física y mental y 5.5 % para cubrir los 16 seguros, prestaciones y servicios que define la Ley. Por su parte, las dependencias y entidades públicas empleadoras aportan 7 % del salario de los trabajadores para seguros de enfermedades, maternidad y servicios de medicina preventiva y rehabilitación física y mental, 0.25% para riesgos de trabajo y 5.5 % para el resto de las prestaciones que otorga la Ley del ISSSTE, así como el 5 % para el fondo de vivienda.

3. TRIPARTITA

Este régimen es de la seguridad social, de todas las personas que se encuentran vinculadas por relaciones formales de trabajo en empresas del sector privado y en algunas del sector social. La Ley General del Trabajo establece que la única institución en el país facultada para prestar estos servicios es el IMSS.

2.11 Programa Nacional de Salud (PNS) 1995-2000.

Este programa (anexo I 4) ha establecido líneas estratégicas para el financiamiento, destacando las siguientes :

a) ADMINISTRACIÓN DE LOS PROCESOS.

Con esta estrategia se trata de lograr una autonomía de gestión administrativa y una mayor participación del personal operativo, estructurando un sistema de evaluación a través de indicadores, aplicable tanto en el ámbito de las delegaciones del sistema, como en las propias unidades de servicio que así corresponda en forma descentralizada. Se trata de dar importancia a la aplicación y evaluación de los indicadores, optimizar los resultados obtenidos, es decir que puedan ser utilizados como instrumentos de gran apoyo para la planificación, organización, evaluación y control de los procesos médico-administrativos, dar respuestas positivas a la atención médica en los servicios de salud en general, y

⁸⁴ Frenck J., 1991, Integración para la prestación de los servicios de salud, México, Fundación Mexicana para la Salud.

con ello lograr una toma de decisiones apropiada. Así mismo, los resultados deben permitir una medición objetiva del desempeño de los servicios en pro de una constante superación de los niveles de eficacia, eficiencia y productividad para el mejoramiento de la calidad del servicio.

b) REFORZAR LA NORMATIVIDAD Y CONTROL DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

En este rubro es importante considerar que hasta el momento es necesario realizar ajustes y reforzamientos de las actividades. Dentro de los programas no sólo se necesitan a nivel normativo, sino lo más importante es a nivel operativo y administrativo, en coordinación con los sistemas de programación, presupuestación, evaluación, control e información, siendo este último uno de los más difíciles de lograr, por la falta de no contar con verdaderos sistemas de información con infraestructuras, y conocimientos específicos, aunados a la falta de indicadores que ayuden a lograr los procesos de la atención médica.

c) FORTALECER LA PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN, PRESUPUESTACION, Y GESTIÓN FINANCIERA.

Esta estrategia es con la finalidad de que la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sector Salud, establezca programas que se justifiquen realmente con una realidad de las necesidades y demandas de servicios de las unidades de las diversas instituciones, y con ello sean el eje regulador y controlador, lo que favorecería un mejor aprovechamiento de tipo presupuestal y financiero en los programas planeados y programados.

d) INCREMENTO DE LAS APORTACIONES DE RECURSOS FINANCIEROS POR PARTE DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL Y MUNICIPAL.

Esta estrategia es con la finalidad de incrementar estos recursos de apoyo financiero para estas entidades. El Sector Salud se vería con mayor apoyo para llevar a efecto los programas de salud que se encuentran destinados a realizar, no sólo en la población específica, sino que al margen del derecho a la salud, con lo que se lograría una mayor cobertura a toda la población, aún en esas áreas marginadas que no tienen ninguna oportunidad de servicio médico. Por eso es

importante considerar que, si estas aportaciones se incrementaran, favorecerían un servicio con calidad de la atención médica en todo el Sector Salud.

e) INCREMENTO DE LA PARTICIPACIÓN FINANCIERA ESTATAL Y MUNICIPAL.

Es con la finalidad de lograr que los gobiernos locales y regionales también participen con la responsabilidad en forma específica, para que los programas de salud que les compete, se realicen bajo un marco global de acuerdo a las leyes que les rigen y que se lleven a cabo con eficacia y excelente calidad.⁸⁵

f) INCREMENTAR LA COOPERACIÓN EXTERNA DE ORGANISMOS INTERNACIONALES Y AGENCIAS DE DESARROLLO.

No cabe duda que la cooperación que puede obtenerse en forma externa de otros organismos, no sólo nacionales, sino también del ámbito internacional, puede dar la oportunidad de que esta estrategia facilite incrementar un mayor servicio, así como puede lograr que los programas que se desean cumplir se realicen al máximo, con la garantía de calidad del servicio.

i) USO EFICIENTE DE RECURSOS.

Se sabe, por investigaciones que se han realizado en los servicios de salud, que hasta el momento no existen los suficientes recursos, además de la falta del uso correcto de estos; ni de infraestructura, tecnología, humanos, materiales, financieros o de información dentro del Sector Salud. Por eso es necesario dar prioridad a esta estrategia con lo cual podría favorecerse el control y mejor distribución de la asignación financiera al nivel de los programas establecidos.

j) ESTABLECER SERVICIOS DE SUBROGACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

Esta estrategia daría factibilidad y oportunidad no sólo a instituciones de tipo social, público, sino también al privado, que contando con los recursos más elementales y necesarios podrían participar para el logro de las metas y programas, lógico es, con base en las normas establecidas en forma ex-profeso institucionalmente.

⁸⁵ SSA, 1985, Programa de descentralización de los Servicios de Salud, pp 20-60.

k) IMPULSAR LA CAPACIDAD FINANCIERA PARA LA CONSERVACIÓN, HABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNIDADES DE SALUD.

Una de las situaciones que ha afectado seriamente al Sector Salud, no sólo es el mantener activo el servicio, sino que el de dar mantenimiento a las unidades y no perder con ello recursos de todo tipo. Esto favorece que en ocasiones el financiamiento se incremente, por lo que es importante considerar en forma planeada una capacidad financiera para ese mantenimiento y habilitación de unidades, que a la vez favorezca un menor desajuste financiero a lo planeado en los programas, en los diferentes niveles de atención médica.

2.12 Evaluación.

La OMS en 1978, define la evaluación como un medio sistemático por una serie ordenada de acciones vinculadas entre sí que tiene como propósito mejorar la programación y orientar la distribución de los recursos con el fin de alcanzar la integración programática del sector salud y contribuir de esta manera a la consolidación del SNS. Como objetivos principales de la evaluación se indican los siguientes: "generar elementos para la planeación nacional de la salud; proporcionar los fundamentos para la formulación, aplicación, control y evaluación de los programas interinstitucionales de salud; contribuir a la generación de normas técnicas". La SSA ha elaborado su propia conceptualización de la función de la evaluación. (anexos I 7 y I 8)

El importante conocimiento sobre las evaluaciones acumulado en los análisis y estudios de proyectos industriales enfocado en el costo-beneficio ha dominado el proceso de evaluación de los "grandes proyectos sociales" implementados por entidades públicas.⁸⁶

Los resultados de una evaluación pueden ser usados para diferentes fines de los cuales los más importantes son: toma de decisiones sobre si se seguirá

⁸⁶ Martinic S., 1997, Diseño y evaluación de proyectos sociales, p. 16.

implementando el programa; un cambio de dirección del programa para aumentar la efectividad y la posibilidad de alcanzar las metas; incremento de conocimientos y sistematización de experiencias para formulación de políticas para el futuro funcionamiento e información.⁸⁷

Una característica de los modelos de evaluación en el sector de salud, es que los ejercicios de la evaluación son elementos importantes para ser considerados en el proceso de gestión, en las decisiones de carácter jurídico, en las políticas sanitarias y en las instituciones de carácter hospitalario.

Definir los criterios y los sujetos de la evaluación permite la conformación de indicadores que posibilita conocer la integración de las estructuras que componen las diferentes instalaciones y sus interconexiones, lo que da como resultado conocer el proceso y la unidad del objeto de evaluación. En esa perspectiva se pueden identificar tres instancias de la evaluación en el proceso evaluativo y son.⁸⁸

- 1) Evaluación de la formulación.
- 2) Evaluación del avance. y
- 3) Evaluación de resultados y efectos.

Lo anterior nos permite una identificación de los criterios inmersos en los tres momentos mencionados de la evaluación y que se caracterizan por ser la propiedad, la adecuación, la eficiencia, la eficacia y la efectividad. Es un proceso que involucra la planeación que va encaminada a la organización de los sistemas de salud nacionales que funcionan de acuerdo a ciertos principios de gestión política y que a saber podemos señalarlas como: Evaluación programática presupuestaria; evaluación contable; evaluación de la gestión administrativa; evaluación para la planeación.

⁸⁷ Lewin, E., 1991, Vad är utvärdering? p. 3.

⁸⁸ Rossi P., Freeman H., 1989, Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales p. 25.

En el caso de las ONGs, se propone un enfoque contingente que toma en cuenta las interrelaciones con y entre partes de sus componentes de la organización y las relaciones entre el centro y su medio ambiente.⁸⁹

Esta evaluación está centrada en la calidad y pertinencia donde la población beneficiaria no es un objeto o ente pasivo sino un sujeto o actor social que interactúa con la institución.

En la evaluación de un servicio en salud la definición de modelo se hace en consideración de las características de lo que se desea evaluar y la perspectiva que se quiere proyectar a futuro. Eso significa que para este caso se toma como principio conocer las formas de la institución y sus mecanismos de operación en una relación estrecha con los actores principales, los trabajadores. La ubicación del proceso de evaluación se sostiene en el principio de evaluar resultados y perspectiva de la planificación a futuro.

Un elemento muy importante en el proceso de evaluación es el conocimiento de las condiciones del tiempo y el espacio, de la geografía específica que nos permite identificar la delimitación de nuestro objeto de estudio, en nuestro caso de la institución donde se realiza la evaluación, de su funcionamiento a partir de la relación que han construido los trabajadores en un espacio geográfico humano específico. Estos elementos en conjugación con el análisis cualitativo y cuantitativo nos permite elaborar sugerencias de funcionamiento y planificación de un servicio en la salud mental en una comunidad marginal.

2.12.1 Evaluación: Un modelo de necesidad de servicios de salud

Como toda organización estable o inestable, el sistema de atención médica está destinado a satisfacer una necesidad, por lo que a fin de estudiar los fenómenos de la atención médica, es útil abstraer del todo un conjunto de

⁸⁹ SSA, 1995, Cuadernos técnicos de planeación, pp. 40-60.

interacciones más o menos nítidas, en las que entran en juego los profesionales de la salud y sus clientes, en donde inicia el **proceso de la atención psicológica**.

Este proceso de atención psicológica está rodeada, a su vez, de una serie de influencias que constituyen su entorno. Los principales fenómenos de la atención incluyen el uso de los servicios, la calidad de la atención y la neutralización de la necesidad, derivándose con ello el comportamiento de quienes quieren participar en este proceso y de las influencias de los factores circunstanciales en ese comportamiento.

Por eso los modelos que se presentan dentro de esta investigación no hacen otra cosa que contextualizar un modelo propio con los factores que se han considerado dentro de la evaluación y análisis de esta investigación, y para que el modelo planteado tenga una verdadera investidura de investigación científica, apegada a los cánones de la metodología científica, ya que desde la revisión del marco conceptual, no es perfectible el hecho de que en ciertas circunstancias y mucho menos en ONGs, se cuente con un modelo ideal y homogéneo, dado sus necesidades, carencias y fortalezas, sin menospreciar el gran trabajo y esfuerzo que se realiza dentro de ellas.

Por eso creemos que es válido partir de un modelo que puede ser la base, de donde se parte en cuanto al enfoque sociohistorico planteado, así como de los servicios que se otorgan en relación a la necesidad sentida y demandada por un grupo de alto riesgo con problemas de salud mental y comunitario, a nivel de la APS, aunado a todo ello la verdadera participación del personal trabajador de este CEAPAC.

Mostrado en la figura 1 es el modelo que representa un modo esquemático de los principales componentes del proceso de la atención médica, sumándose por parte del investigador algunas condiciones que se presentan como parte esencial para conocer cada nivel de situación de las situaciones que se deben considerar en cada uno de los procesos de acuerdo a las actividades y sucesos que tiene como responsabilidad para este caso el papel y profesionalismo del psicólogo en la comunidad ante su paciente.

FIGURA 1

UN MODELO DEL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA



FUENTE : LOS ESPACIOS LA SALUD : ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA
 MODELO DE AVEDIS DONABEDIAN 1894, PÁGINA 72.
 MODELO REESTRUCTURADO PARA UTILIZARLO EN LA INVESTIGACIÓN EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN
 PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.
 1998

Considerando que esta ONG, se creó de acuerdo al diagnóstico situacional y de salud y detectando sus grandes necesidades de la zona y áreas conurbadas, sin perder de vista el objetivo con la que fue creada, se modificó este modelo.

Además este primer modelo nos permite tener un acercamiento de la realidad que queremos explicar, independientemente de las actividades complejas y de los procesos de investigación, evaluación, diagnóstico y tratamiento, terapia física, educación especial y recurso humano necesario para cubrir esas necesidades.

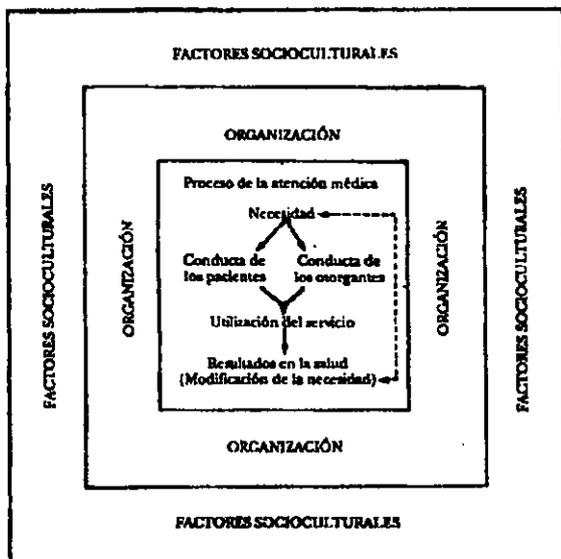
No hay que olvidar que uno de los pasos esenciales es la terapia adecuada y su aplicación, sin que precisamente sea un médico el que tenga que efectuarlos, sino se puede efectuar con la interacción con otros profesionales de la salud. Las referencias y las consultas sirven de contrapartida entre las interacciones directas entre el paciente y sus familiares y padres con una armonía y simetría del mismo modelo.

La figura 2 es un modelo más complejo, sin embargo es importante considerar como este modelo aunque no resuelve la salud, permite realizar una terapia física, mental, social y cultural en beneficio del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, lógico es con la respuesta y demanda de atención por el paciente, constituyendo uno de los modelos más apegados a nivel psicológico y sociológico de la medicina según Kasl y Cobb, que dicen que existen mayor número de enfermedades psicosomáticas y mentales.

La figura 3 muestra un modelo para la evaluación de la necesidad, desde el mismo enfoque psicológico, dentro del proceso de la atención médica, tomando en cuenta el concepto de necesidad, en donde se consideran tres columnas implicando la estructura, proceso y resultado, y tomando como base el servicio, utilización, demanda y producción, así como el suministro de recursos de la organización.

FIGURA 2

EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SU ENTORNO

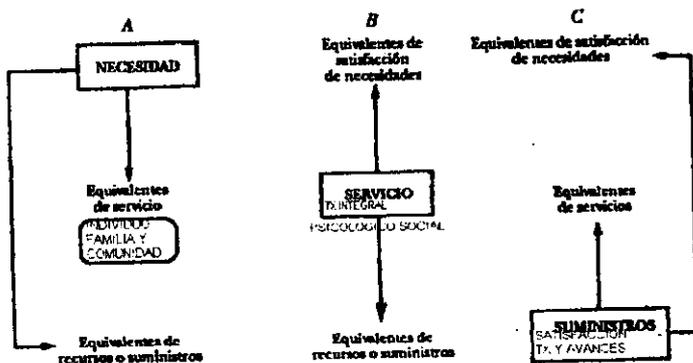


FUENTE : LOS ESPACIOS DE LA SALUD ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA. MODELO . PROPUESTO POR KALS Y COBB; QUE REFIEREN QUE ES UNA REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE COMO RESPUESTA A SU NECESIDAD. CONSIDERADO : PARA INVESTIGACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

1990

FIGURA 3

UN MODELO PARA LA EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD



La "necesidad" y sus "equivalentes".

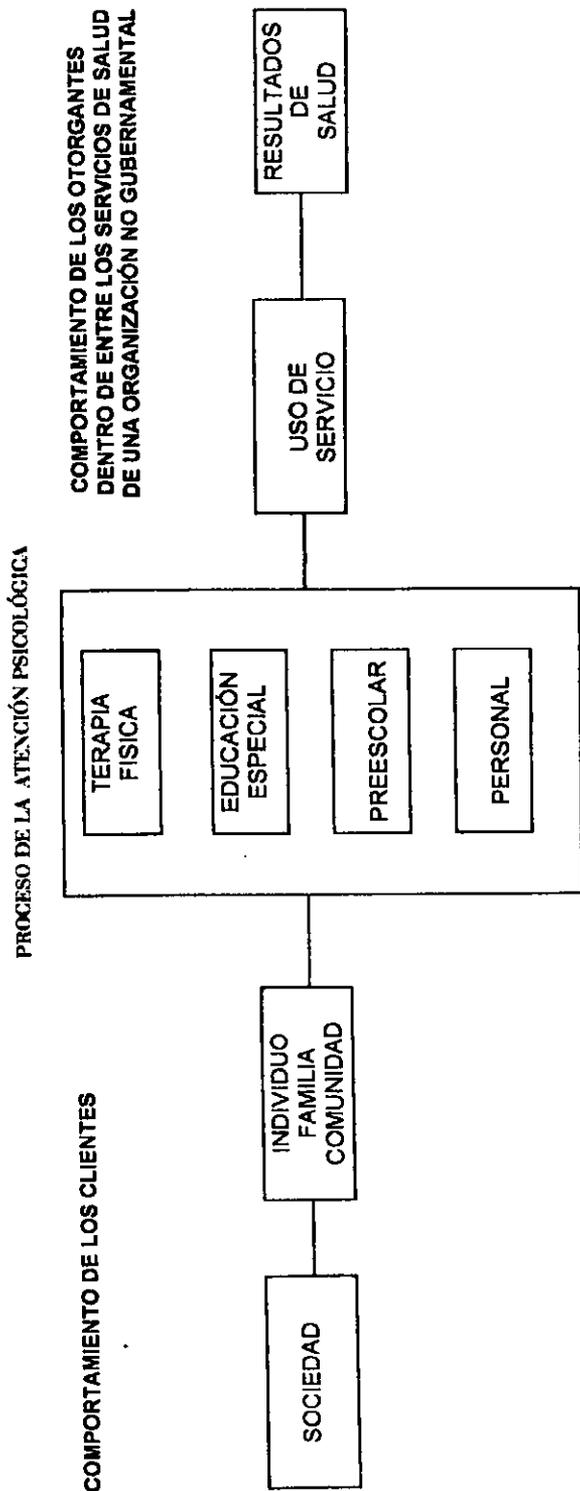
FUENTE: LOS SERVICIOS DE SALUD: ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA
MODELO: AVEDIS DONAVEDIAN
UTILIZADO Y MODIFICADO PARA EL USO DE LA INVESTIGACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
1998

Con estas premisas se consideró elaborar un modelo apegado a las necesidades del CEAPAC, con relación al servicio que otorga, por lo que en la figura 4 se muestra un modelo que se cree que puede ser homogéneo y puede ser de replica para otros lugares, con los mismos compromisos y objetivos de la organización por la que fue creada, lógico es con las consideraciones que se pensaron más relevantes para la construcción del mismo e inclusive con sus variables espurias que por el momento no se consideran para el estudio.

Con respeto a esto no se pretende que sea algo que en forma estricta se debe considerar por las autoridades del CEAPAC, ya que es un modelo que se está considerando para esta investigación, el cual fue el más idóneo y apegado al problema que se investiga de acuerdo a la metodología que se desarrolló durante toda esta investigación.

FIGURA 4

RUTA CRÍTICA DEL PROCESO DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA
EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA



2.13 Indicadores de Salud.

Cornia en 1990, establece un enfoque sistémico que permite abordar el problema con un grado de mayor sistematización, por lo que propone cuatro tipos de indicadores a través de los cuales se puede lograr esclarecer las interrelaciones que se dan en la estructura, el proceso y el resultado.^{90 91}

ESTRUCTURA.- Indicadores de estructura o determinantes; que ayudan a dar cuenta de la estructura socioeconómica y del modelo de desarrollo que está adaptado para un país y para este caso en forma específica.

PROCESO.- Indicadores de proceso; estos reflejan el volumen de bienes y servicios que directamente se relacionan con el bienestar destinado a la población.

RESULTADOS.- Indicadores de resultados; se destacan por ser los más apropiados para medir las consecuencias de la atención médica y pueden reflejar modernizaciones efectivas del bienestar o del estado de la salud de la población con relación a la mortalidad, morbilidad, desnutrición, satisfacción del servicio, calidad de la atención, oportunidad, efectividad, etc...

COMPORTAMIENTO.- Indicadores de comportamiento; se refieren a ciertas respuestas o comportamientos sociales que pueden derivarse de la crisis económica, que un país vive, como por ejemplo el trabajo infantil, el maltrato de los niños, la violencia, y la delincuencia.

Vale la pena mencionar que con respecto a estos indicadores los de mayor importancia son los de *proceso*, sin dejar de mencionar que entre los otros existen diferencias substanciales para un excelente funcionamiento de las instituciones de salud en México. Todos estos se han visto afectados por periodos de crisis y de reestructuración dentro de un marco socioeconómico caracterizado por la cantidad

⁹⁰ Cornia A., 1994, Resumen e interpretación de los acontecimientos recientes en Jolly, Madrid, Siglo XXI.

⁹¹ IMSS., 1994, Subdirección General Médica, Indicadores de Servicios de Salud, México.

del PIB, la desviación creciente de fondos hacia el pago de la deuda externa, el aumento del desempleo y el empobrecimiento absoluto y relativo de amplios sectores de la población entre otras cosas.

2.14 Secretaría de Salud (SSA).

Esta Secretaría en su carácter de entidad responsable de la coordinación del SNS, tendrá a su cargo las siguientes funciones:

1. Establecer en coordinación con la Secretaría de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, las bases para la integración orgánica de los servicios que proporciona el Gobierno Federal en materia de Atención Médica a Población Abierta y de Salud Pública y para su descentralización de los Estados.
2. Realizar en coordinación con las dependencias antes mencionadas, el seguimiento y la evaluación del programa de descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, en cada una de sus etapas así como de la operación de dichos servicios.
3. Elaborar y mantener actualizado, con la participación del IMSS, el Programa Nacional de Atención a Población Abierta, al que se sujetará tanto los programas de estas instituciones como los programas estatales respectivos que con base en el Acuerdo de Descentralización del 8 de marzo de 1984 elaboren los Gobiernos de las Entidades Federativas (anexos I 5 y 6).
4. Expedir y vigilar el cumplimiento de la normativa técnica necesaria para asegurar la adecuada prestación de los servicios de salud, conforme a los esquemas de Organización y Funcionamiento que establece el Modelo de Atención a la Salud.

5. Convenir con la participación de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, con los Gobiernos de los Estados la creación de las estructuras administrativas que operaran los servicios en materia de atención médica a población abierta y los de salud pública que correspondan.
6. Transferir las unidades administrativas y operativas de los Servicios Coordinados de Salud Pública y supervisar la transferencia de las correspondientes al programa IMSS-Coplamar, para su función e integración en las estructuras administrativas estatales antes mencionadas, con sujeción de las disposiciones legales aplicables y a las modalidades y condiciones que para el efecto se establezcan en los acuerdos respectivos.
7. Establecer las bases para la descentralización del ejercicio de las facultades de regulación sanitaria que el Gobierno Federal desarrolla por conducto de la Secretaría a los Gobiernos de las Entidades Federativas.
8. Convenir con los Gobiernos de los Estados su participación en el ejercicio de sus facultades sanitarias, que de acuerdo a la Ley General de Salud corresponden a esta Secretaría.
9. Revisar y, en su caso, modificar en coordinación con los gobiernos estatales la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios sanitarios.
10. Coordinar la integración del Sistema Nacional de Regulación y Fomento Sanitarios, en el que participen armónicamente y conforme sus respectivos ámbitos de competencias los distintos niveles de gobierno.
11. Coordinar la implantación y apoyar y supervisar el cumplimiento del programa de Racionalidad de Regularización en Materia Sanitaria.
12. Establecer las políticas y mecanismos y procedimientos de planeación programación y presupuestación y en general de financiamiento, así como de control, evaluación e información necesarios para la operación de la estructura administrativa que tendrá a su cargo los servicios estatales de salud.

13. Analizar y aprobar los catálogos de puestos y tabuladores de sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estatales propongan para la estructura administrativa antes mencionada.
14. Someter los catálogos tabuladores y plazas a que se refiere la función anterior, a la Secretaría de Programación y Presupuesto para su aprobación.
15. Establecer o, en su caso, aprobar las políticas y normas así como los lineamientos conforme a los cuales se desarrollarán las acciones de apoyo logístico a los servicios Estatales de Salud.
16. Examinar e integrar en el Programa Nacional de Apoyo Logístico, y ser el conducto para recibir de los gobiernos de los estados las solicitudes de apoyo logístico para los servicios estatales de salud.
17. Establecer conjuntamente con las Secretarías de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, y con la participación del IMSS, los mecanismos y procedimientos para que esta última institución otorgue apoyo a las Instituciones Estatales de Salud.
18. Proporcionar y supervisar que los Gobiernos de las entidades federativas constituyen Sistemas Estatales de Salud, procurando que favorezcan las acciones de coordinación programática entre las instituciones que los conformen, así como asegurar la vinculación con el SNS.
19. Establecer y supervisar la aplicación de las políticas, normas y procedimientos para la aplicación de los mecanismos de subrogación interinstitucional y con las instituciones de salud de los sectores social y privado.
20. Formular y supervisar la instrumentación de las políticas, normas y procedimientos que deberán observar los gobiernos de los estados para la realización de las acciones en materia de formación y desarrollo de recursos humanos así como de investigación y desarrollo tecnológico.
21. Coordinar, regular, supervisar y evaluar la operación de los Sistemas Nacional y Estatal de Vigilancia Epidemiológica, Regulación y Fomento Sanitario,

Sanitarios, de Planeación, de Evaluación y de Información de los Servicios de Salud.^{92 93}

2.15 Gobiernos Estatales (GsEs).

De conformidad con la distribución de competencia establecida en la Ley General de Salud, con las facultades y responsabilidades que establece el Decreto Presidencial del 8 de marzo de 1984 y con las estrategias que se han previsto para llevar a cabo la integración orgánica de los servicios de salud para población abierta, así como la descentralización de las facultades de regulación sanitaria, los gobiernos de las entidades federativas tendrán a su cargo las funciones siguientes:

1. Elaborar y mantener organizado el Programa Estatal de Atención a Población Abierta, ajustándose para ello al Programa Nacional respectivo.
2. Adaptar el Modelo de Atención a la Salud conforme a las características epidemiológicas y sanitarias de las entidades, así como aplicar y supervisar la normatividad técnica que en apoyo a lo anterior establezca la Secretaría de Salud.
3. Constituir, con base en los acuerdos respectivos, las estructuras administrativas que le permitan organizar, operar, supervisar y evaluar los servicios de atención médica dirigidos a la población abierta, así como los de Salud Pública que corresponden a dicha estructura.
4. Ejercer las facultades de regulación sanitaria en materia de salubridad local y las de salubridad general que convengan con la Secretaría de Salud.
5. Formular los programas de conservación y mantenimiento de rehabilitación y remodelación, así como de complementación de equipamiento básico de las unidades de salud existentes, de conformidad con la normatividad que establezca la Secretaría de Salud.

⁹² SSA, 1988, Cuadernos técnicos de planeación, México, Vol. 1, No. 6, pp. 10-15.

⁹³ SSA, 1988, Cuadernos técnicos de planeación, México, Vol. 1, No. 7, pp. 13-31

6. Formular los programas de ampliación de la infraestructura de servicios del primer y segundo nivel de atención de acuerdo con los criterios, mecanismos y la tipología de unidades señalados en el Modelo de Atención, y con sujeción a la normatividad complementaria que determine la Secretaría de Salud.
7. Coordinar la formulación de los programas y presupuestos anuales que corresponden a la estructura administrativa que tenga a su cargo los servicios estatales de salud.
8. Ejecutar los programas mencionados en la función anterior, así como supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.
9. Formular las solicitudes de apoyo logístico que se requiera de la federación para los servicios estatales de salud y remitirlas a la Secretaría de Salud.
10. Controlar, supervisar y evaluar los servicios de apoyo logístico que en su caso proporcione el IMSS a los servicios estatales de salud, de conformidad con la normativa que para el efecto establezca la Secretaría de Salud.
11. Proponer a la Secretaría de Salud los catálogos de puestos y tabuladores de sueldos, así como la creación de puestos necesarios para la operación y funcionamiento de los servicios estatales de salud.
12. Establecer, desarrollar y consolidar el Sistema Estatal de Salud como mecanismo de coordinación funcional y programática de los servicios de salud a población abierta, de las instituciones estatales y federales de seguridad y asistencia social que operen en la entidad, y de las instituciones de salud de los sectores social y privado, de conformidad con la Ley de Planeación, las Leyes General, y Estatal de Salud y demás disposiciones legales aplicables.
13. Ejercer por conducto de la estructura administrativa responsable de los servicios estatales de salud, una vez perfeccionada la integración orgánica de los servicios para la población abierta, las facultades patronales al respecto a los trabajadores que actualmente laboran en los servicios Coordinados de Salud Pública y del IMSS-Coplamar, conservando la Secretaría de Salud, y al IMSS la titularidad de la relación laboral con dichos trabajadores.

14. Formular y desarrollar con base en las políticas y normas del nivel central, los programas de formación y desarrollo de recursos humanos y de investigación y desarrollo tecnológico, así como supervisar y evaluar su cumplimiento.
15. Coordinar, supervisar y evaluar la operación y funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, de regulación y fomento sanitarios de planeación, evaluación y de información de la salud.
16. Definir e instrumentar un programa de desconcentración y descentralización de los servicios de salud, a las autoridades municipales.
17. Determinar las facultades que en materia de salubridad local sean encomendadas casuísticamente a los municipios, y fijar las normas técnicas que estos deberán aplicar para su operación.

Cabe destacar que la delimitación de funciones que corresponderán a cada una de las estructuras administrativas señaladas para el nivel estatal se establecerá finalmente conforme a los términos que convengan los Gobiernos de los Estados y la Secretaría de Salud en los acuerdos para la integración orgánica y descentralización de los servicios de salud, así como a las disposiciones legales federales y locales aplicables.^{94 95 96}

2.16 Servicios Asistenciales: Centro de Salud Mental Comunitario.

Los Centros de Salud Mental Comunitario son organismos que tienen la responsabilidad en cuanto a la rehabilitación de los pacientes enfermos mentales y discapacitados, en la cual se debe evitar la hospitalización prolongada, pues resulta ser perjudicial para la reinserción del paciente a la comunidad. Deben desarrollar programas de terapia ocupacional y programas culturales con tareas

⁹⁴ Subdirección General Administrativa, 1990, Guía Técnica para la Aplicación de Indicadores de Evaluación.

⁹⁵ Rossi, P., Freeman H., 1989, Evaluación Un enfoque sistemático para programas sociales, pp. 1-293.

⁹⁶ San Martín, H., 1988, Administración en salud pública, pp.120-160.

definidas como carpintería, dibujo, costura, teatro, entre otras actividades de tipo manual.

Para el desarrollo de estos programas es necesario primeramente una evaluación amplia de las condiciones del informe tanto del psicólogo, el psiquiatra, el médico, y todo el personal que establezca contacto con el paciente. Ellos tienen la responsabilidad de establecer un intercambio de información que permita elaborar el cuadro clínico. Sólo así podrá orientarse correctamente el proceso de readaptación y capacitación en forma integral del individuo. Esta será una tarea que es llevada a cabo cuidadosamente registrando avances y retrocesos que servirán para reforzar o modificar el tratamiento, siempre con el fin de buscar el bienestar y la recuperación eficaz del paciente.

Una vez terminada la capacitación o el tratamiento será necesaria una última evaluación con la cual se defina si el individuo cuenta con las condiciones necesarias para poder adaptarse en la comunidad. Una consideración importante es que no toda persona que ha presentado un cuadro clínico de trastorno mental, puede reintegrarse a una fuente de trabajo, y no precisamente porque sea incapaz, sino por la visión errónea que las personas ajenas a esta enfermedad tienen con respecto a ella y por los gastos económicos que genera la instancia de un rehabilitado en una empresa o taller. De esta manera el individuo queda desempleado, motivo que es capaz de volverlo a su estado inicial de invalidez.

Ante esta problemática es necesario la estructuración de talleres o unidades específicas donde laboran solamente los enfermos mentales que no tienen otra posibilidad. Dichos servicios serán independientes de los nosocomios psiquiátricos, pero mantendrán una interacción entre ellos que permita derivar en ambos sentidos a los alienados que requieran atención médica o trabajo.⁹⁷

Con la creación de nuevas técnicas el modelo custodial ha sido substituido por el modelo terapéutico, en el cual se da importancia a los factores psicosociales. El modelo terapéutico busca conjugar el origen de la enfermedad

⁹⁷ SSA, 1997, Instructivo para el registro, control y evaluación de los proyectos de investigación a través del Sistema Automatizado de Información, pp. 40-90.

mental desde el punto de vista orgánico, personal, psicológico, ambiental, social, etc., de manera que el énfasis en el tratamiento se fundamenta en estos factores. Algunos aspectos importantes del Centro de Salud Mental Comunitario son ser un instrumento terapéutico que permita la relación clínica del paciente, la adherencia terapéutica, la aplicación de técnicas psicosociales el ambiente terapéutico, la reinserción social del paciente a la comunidad y la investigación de la utilidad de diversas técnicas terapéuticas de posición clave en la comunidad. Actualmente el hospital se encuentra vinculado con la sociedad en busca de la aceptación e integración del enfermo mental, teniendo como objetivo el funcionamiento comunitario del paciente. Bajo esta perspectiva, el modelo terapéutico es considerado fundamental para la rehabilitación del paciente.^{98 99 100}

Finalmente un aspecto muy importante que se reflejó a través de la aplicación del modelo terapéutico es la participación del psicólogo. El modelo terapéutico rompe el esquema de la participación ilimitada de éste y hace ver que su rol puede abarcar tres grandes perspectivas: asistencia, docencia, e investigación, que son tres diferentes campos en los cuales el psicólogo tiene mucho por hacer.

Sin duda, el psicólogo y su trabajo en las instituciones enfrenta el reto de ganarse los espacios y de construir nuevas formas de integrarse en el servicio con los pacientes. La investigación es un campo muy importante para la psicología, es desde ella que se podrán encontrar nuevas opciones de participación e interpretación de la condición del ser humano.

2.17 La Psicología en la Salud Mental.

Se considera que el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud - enfermedad en un

⁹⁸ UNICEF, Solidaridad, Para la Vida, 1995. p. 79-80.

⁹⁹ Pulido, A., 1982, Situación asistencial y factores de hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales, Salud mental, pp. 8-13.

¹⁰⁰ Ibid., p. 215.

individuo particular. Constituye en realidad la dimensión en la que plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud - enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente.

Se considera que la dimensión psicológica de la salud tiene tres factores:

1. Participación de la modulación de los estados biológicos que regula el contacto del organismo con el medio ambiente.
2. La efectividad del individuo que interactúa con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan en el estado de salud.
3. La tipificación del individuo en su contacto social de acuerdo a su condición biológica.

Desde un punto de vista psicológico la estrategia de un sistema eficaz de salud biológica implica dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en un aumento de la vulnerabilidad biológica. Esta estrategia significa adiestrar al individuo en el uso apropiado de los recursos del medio, su transformación y que evite los contactos con circunstancias y agentes patógenos, a la vez que se le capacite en forma de interactuar con las contingencias situacionales de su vida cotidiana.

Las resultantes del proceso psicológico de salud son diversas: algunas son de naturaleza psicológica, otras son de índoles biológicas, por lo que el estado patológico es consecuencia desde un punto de vista psicológico de la convergencia de estos dos factores que constituyen el resultado de la interacción de dichas competencias efectivas con las contingencias situacionales que modulan reacciones de estrés e inmunitarias en el organismo.

Cabe mencionar que este tipo de enfoque no sólo puede ser para cualquier patología, sino que puede ayudar a la prevención de cualquier estado patológico de salud, y en consecuencia dar un comportamiento al individuo con adaptación a su medio ambiente, produciendo formas particulares de conducta, lógico es con la disponibilidad de formas de comportamiento eficaces para tales propósitos, ya que no nada más se interactúa a nivel curativo, sino también a nivel preventivo, dentro

de los servicios de salud. Desde este punto de vista las acciones de prevención primaria en la vida cotidiana de los individuos, previas a la aparición de riesgos biológicos o patológicos, constituyen acciones en el ámbito de lo psicológico, es decir acciones vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud.¹⁰¹

La psicología es una ciencia joven, tiene sus inicios como ciencia independiente en Alemania con los trabajos experimentales de Wundt en los años de 1879, lo que marca el inicio del primer laboratorio de psicología experimental en franca separación de la filosofía.¹⁰² Lo que representó bajo su objeto de estudio y sus campos de intervención hace una diferenciación con la medicina y la psiquiatría, porque caracterizaba al sujeto que no tenía ningún problema en su identificación.

Algunas definiciones se pueden caracterizar de la siguiente manera:

Para el conductismo : *"la psicología como la ve el conductismo es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control del comportamiento"*.¹⁰³ El uso del término "teoría moderna del aprendizaje" implica una clara distinción. Entre otras definiciones del objeto a estudiar, cada una de ellas tiene campos específicos de incidencia con el individuo que trabaja en consulta externa y en sistemas de internado con pacientes que son enfermos mentales y discapacitados.

Los avances de la psicología en México en este fin de siglo, han representado el planteamiento de búsqueda de alternativas en el campo institucionalizado y de servicio. Se puede encontrar un proceso creciente en la formación de recursos humanos en la sociedad mexicana.

Algunos aspectos de esa definición del perfil incluyen que el psicólogo pueda: evaluar, planear, intervenir para modificar un problema, prevenir, e

¹⁰¹ Ribes E., 1990, Psicología y salud: un análisis conceptual, biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, Barcelona, pp. 13-95

¹⁰² Watson J., 1989, Manifiesto conductista, pp 10-15.

¹⁰³ Eysenck J. 1986, Experimentos en la terapia de la conducta, Inhibición recíproca, pp. 19-20.

investigar. Las áreas en donde debe resolver problemas son; la educación, salud pública, producción y consumo, organización social y ecología.

Sin duda, con este perfil, el campo de intervención del psicólogo es vasto y corresponde a las áreas de servicio y a las de atención y planificación, que lo suscribe al trabajo con los padecimientos de orden mental o psicológico en el campo de las instituciones de consulta externa. Lo anterior, es sólo una deducción de principios, porque no existe la apertura de participación para que el psicólogo pueda participar en el proceso de tratamiento en los hospitales e instituciones.

En los años de 1966-1977, la propuesta de una higienista mental es argumentada desde la perspectiva del psicoanálisis. Para comprender realmente lo que significa higiene mental no debemos de centrarnos en la terminología de una sola teoría porque esto sería limitar nuestra propia capacidad de entendimiento. Así pues la higiene mental debe dejarse fecundar por las aportaciones de otras ciencias, lo que significa que tanto el psicoanálisis como cualquier otra disciplina deben dejar a un lado toda ortodoxia y abrirse a la influencia de otras ciencias. El psicoanálisis debe hacer uso de la sociología, por ejemplo; puesto que sin ella sería incompleta su labor en este campo.

Una auténtica labor del higienista mental es contribuir con estudios sociopsicológicos de la estructura social en la que son posibles actos delictivos, enfermedades mentales, etc. El higienista mental no debe estar al servicio incondicional de la organización social dominante, sino que por el contrario tiene que criticar dicha organización si es que no quiere negar el hecho indiscutible de que los factores socioculturales constituyen a través de la familia la raíz profunda de trastornos como delincuencia, drogadicción, etc. Por lo tanto, la autentica solución no sería reprimir estos síntomas sino investigar en que forma la estructura social concreta la propicia.

Con respecto a las medidas de higiene mental. Fritz Riemann, partiendo de conceptos psicoanalíticos, formula medidas profilácticas que tienden a influir e impedir el desarrollo de trastornos tales como el depresivo, esquizoide, obsesivo e

histórico, tomando en cuenta la conducta de los padres que neurotizan específicamente en una de estas cuatro dimensiones.

Los estudios epidemiológicos de las enfermedades neuropsiquiátricas han encontrado que, en el orden de frecuencia de los padecimientos, los trastornos mentales y del sistema nervioso central ocupan el 15o lugar. Aunque no es un lugar muy significativo, las implicaciones que estos tienen en la vida social sí lo son.^{104 105 106}

Por otra parte, según la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, los trastornos mentales se clasifican en tres (gráfica 5):

- a). Psicosis,
- b). Neurosis, y
- c). Oligofrenia.

Los padecimientos relativos a las enfermedades del sistema nervioso central se agrupan en:

- a). Enfermedades inflamatorias del Sistema Nervioso Central (SNC),
- b). Enfermedades hereditarias del SNC, y
- c). Otras enfermedades del SNC.

Los trastornos mentales constan en total de :

- a). 26 enfermedades principales, y
- b). 122 variantes sin contar las posibles combinaciones que pueden ocurrir en la oligofrenia.

Las enfermedades del sistema nervioso central están compuestas por:

- a). 28 padecimientos principales, y
- b). 30 variedades.

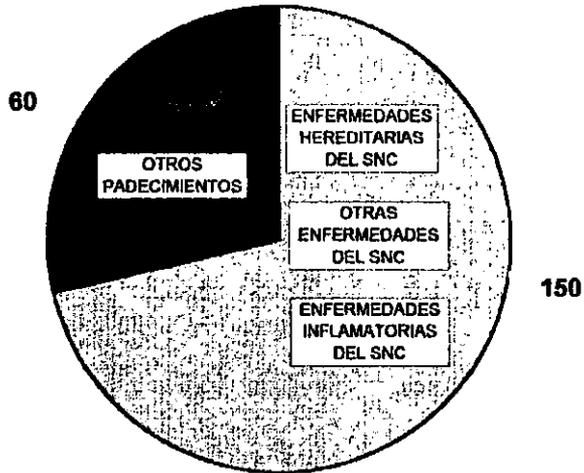
¹⁰⁴ Puchea C., 1981, Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental, Salud Mental, 4-11.

¹⁰⁵ Caraveo J., 1982, Análisis crítico y perspectiva futuras de la epidemiología psiquiátrica en México, pp. 3-8.

¹⁰⁶ *ibid.*, p. 77.

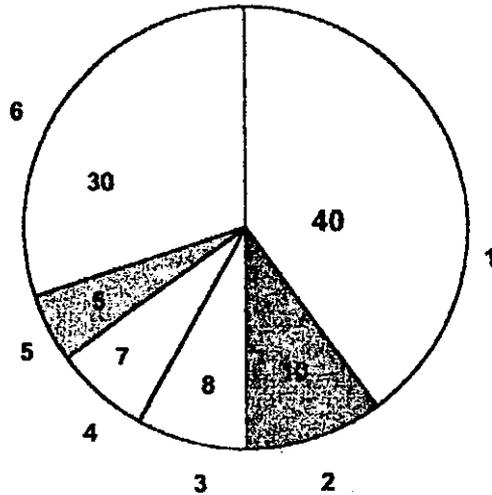
**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA OMS DE
LOS TRASTORNOS MENTALES**

GRÁFICA 5



**PORCENTAJE DE LOS PADECIMIENTOS MENTALES EN LAS ENTIDADES
FEDERATIVAS EN MÉXICO**

GRÁFICA 6



1= D.F. 2=VERACRUZ 3=JALISCO 4=TAMAULIPAS 5=MICOACÁN 6=OTROS

Existen 183,316 casos estimados como prevalentes en los Estados Unidos Mexicanos hasta 1974, 75 % corresponden a trastornos mentales y 26.5% a enfermedades del SNC.

Por ambos padecimientos las cinco primeras entidades federativas son (gráfica 6):

- a) Distrito Federal (D.F.) (36.8%),
- b) Veracruz (8.5%),
- c) Jalisco (7%),
- d) Tamaulipas (6.2%), y
- e) Michoacán (4.8%).

El D.F. presenta los índices más elevados de enfermedades mentales, como enfermedades del SNC. De estas la epilepsia es la más importante; seguida de la parálisis cerebral infantil. Los trastornos mentales y las enfermedades del SNC ocupan el 15o lugar dentro de los grupos de morbilidad en la República Mexicana, casi todos ellos producen invalidez temporal o permanente con ciertos grados de mejorías y difícilmente pueden alcanzar su curación.

En cuanto a los trastornos mentales la psicosis ocupó el primer lugar, seguido por la neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos. Dentro de la psicosis la esquizofrenia es la más importante. Entre las psicosis afectivas, es digna de tomarse en cuenta la tendencia al suicidio, cuyo índice de frecuencia ha aumentado. Entre las de mayor frecuencia fueron: la oligofrénia moderada y la oligofrénia severa.

Trastornos mentales frecuentes son:

- a. Trastornos psicossomáticos.
- b. La epilepsia. Aunque no está considerado como trastorno mental directo, sí requiere de un cuidado y una atención especial por el retraso mental que ocasiona a posteriori.
- c. Retraso mental leve. Puede considerarse que los sujetos con este retraso mental pueden valerse por sí mismos, sin embargo, es necesario ofrecerles una educación y otorgarles programas de estimulación temprana, tanto a los

niños como a los padres, para mejorar los logros y sus expectativas, ya que en ocasiones este tipo de problemas va asociado con trastornos psicológicos severos, en donde requieren de manejos y tratamientos de ayuda mutua y psicológica.

- d. Retardo mental medio o profundo. Casi todos de este tipo de casos están incapaces de valerse por sí mismos en la mayoría de las actividades diarias y en general no tienen una vida afectiva normal. Por eso requieren de una atención y de recursos de mayor magnitud para adquirir beneficios y ayuda no sólo al enfermo, sino también a la familia, ya que en ocasiones esto condiciona que no haya una familia dispuesta a responsabilizarse del niño.
- e. Parálisis cerebral infantil (PCI). Muchas veces las personas con PCI tienen una inteligencia normal, pero también se le puede añadir un retardo mental.¹⁰⁷

Se puede decir que debido al aumento de enfermedades neuropsiquiátricas se hace necesario que toda institución hospitalaria cuente con los recursos suficientes para la debida atención de los pacientes. El momento y mejoría de los recursos disponibles para la salud mental pública puede elevar los niveles de penetración en la población general, en los campos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.¹⁰⁸

Esta perspectiva biomédica logra mostrarnos el espectro de una población que tiene problemas de orden psicológico que van en aumento,¹⁰⁹ demandando la creación de nuevas estrategias para otorgar servicios con oportunidad, efectividad, eficacia, calidad y calidez de servicio con satisfacción tanto por parte del usuario como por parte del prestador de servicio.

Precisamente por la atención especial que estas personas requieren, y por la tranquilidad de la comunidad, es precisa la participación activa de la familia y la comunidad en general, para la detección de estos casos; puesto que el

¹⁰⁷ Elorriaga H., 1976, Los trastornos mentales y nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal, pp. 581-591.

¹⁰⁸ Atlas de la salud de la República Mexicana, primera convención nacional de salud, 1973, p. 21.

¹⁰⁹ SNS, 1995, Publicaciones de la Dirección de Estadística, p. 4.

descubrimiento temprano de los síntomas predice en muchos de los casos un mejor pronóstico y cuanto más tarde sea la atención las posibilidades de recuperación disminuyen.

2.18 Las Organizaciones No Gubernamentales.(ONGs)

La pobreza es uno de los ordenes que establece los motivos de lo que son los polos de desarrollo de un tipo de política, de cultura, de educación y de la salud. Ante un crecimiento económico deteriorado, el Estado se ve rebasado en su cobertura y su política de salud. No cumple con la política de seguridad social, lo que ha propiciado la emergencia de la sociedad civil agonizada para dar atención a grupos e individuos que son excluidos del servicio en el Sector Salud.

Muchas de las ONGs, tienen su origen en los años de la posguerra de la segunda guerra mundial. Otras se formaron para la cooperación para el desarrollo entre Europa Occidental y los países del tercer mundo en las últimas décadas.¹¹⁰¹¹¹

Son heterogéneas y entre ellas se encuentra una variedad ilustrada en lo siguiente:

- 1) Las ONGs de desarrollo tienen como tema central la lucha contra la pobreza. Entre ellos hay participación de grupos religiosos. Son organizaciones dedicadas a la generación de empleo a partir de talleres comunitarios, promoción de cooperativas y de microempresas, la producción alimentaria y el desarrollo rural, la atención a necesidades básicas como vivienda, hábitat urbano, salud, alimentación popular, etc.
- 2) Trabajo de educación y defensa de los derechos humanos, sobre todo en los países que se han visto sometidos a regímenes militares totalitarios.

¹¹⁰ García J., 1989, La contribución de las organizaciones no gubernamentales de desarrollo a la educación de adultos, pp. 25-35.

¹¹¹ Zaretski E., 1976, Familia y sociedad, p. 138.

- 3) Trabajo en el ámbito de la cultura: organizaciones dedicadas al fomento de la identidad y el fortalecimiento cultural. Interactúan con las comunidades indígenas, pero hay también instituciones que trabajan en el terreno cultural en otras regiones y con otros sectores.¹¹²
- 4) Instituciones que se proponen al fortalecimiento de la sociedad civil y trabajan con organizaciones populares de muy diversa naturaleza; sindicatos, cooperativas, organizaciones económicas populares, campesinos, movimientos vecinales. Se definen por su apoyo al protagonismo democratizador de las organizaciones representativas de los sectores sociales”.

Las ONGs, han participado en la sociedad mexicana en diferentes campos: la vivienda, la educación, las políticas sociales, los derechos humanos, con los discapacitados, los niños de la calle, los niños con problemas de desarrollo, madres solteras, problemas de la mujer, etc. Todas ellas han buscado alternativas en el campo del servicio y se han constituido en una fuerza política social importante y han cubierto una demanda que el Estado no ha logrado cumplir. En ese sentido se constituyen en un objeto de estudio muy importante, para este caso en el campo de la salud mental o psicológica. Cabe destacar su relación con el proceso de construcción de los servicios y su inaccesibilidad y eso ha posibilitado que la autogestión sea un elemento fundamental de las ONGs.

Existen ONGs que son indispensables en apoyo, pero no independientes del Estado, las cuales deben propiciar la participación ciudadana en este tipo de servicio, como; asilos, casas hogar, centros educativos, trabajo para niños en distintas condiciones de riesgo, de vivienda, etc., que sirvan como organismos de apoyo, asesoría, manejo integral, y avances y desarrollo de su posibilidad dentro de la sociedad, para poder subsistir a sus debilidades e problemas de tipo psicológico, físico, biológico y social, dentro de su entorno familiar y de la comunidad.

¹¹² Ibid., p. 75.

Los resultados de estas ONGs con relación al trabajo que realizan apenas se empiezan a conocer. En algunos priva el voluntarismo, la obra pía, lavados de culpa, entre otras circunstancias que se han estado manejando desde tiempos muy remotos. Los profesionales, todos ellos a su manera, están interesados en mejorar la calidad del servicio para este grupo de pacientes para que tenga otras oportunidades y alternativas de servicios de salud.

Se considera que los Servicios de Salud Mental, la Psicología y la Psiquiatría contemporánea se encuentran en una fase de búsqueda en la intervención con el paciente, en un sistema organizado de tipo funcional e institucional. Hoy día en la sociedad postindustrial los problemas de salud se han constituido en un campo polifacético, la diversidad de métodos de diagnóstico y tratamiento se han conformado en un mundo difícil de participar por los países pobres y eso ha permitido la búsqueda de alternativas en el campo de la atención a la salud física y mental. Los horizontes de trabajo se han convertido en un problema que conjuga lo económico, lo político y los problemas epistemológicos en el terreno de la salud física y psicológica.

Los países en vías de desarrollo se han caracterizado por el crecimiento desplanificado y la falta de servicios primarios. Los sistemas de salud en la mayoría de ellos tienen una organización deficiente y son inaccesibles para gran parte de la población. Esta inaccesibilidad puede ser geográfica, funcional, económica y cultural. La mayor parte de los servicios de salud están concentrados en las grandes ciudades, y generalmente los escasos recursos están destinados a la adquisición y sostenimiento de una tecnología costosa y complicada, de la que sólo se beneficia una mínima parte de la población.

Esto ha llevado al surgimiento de organizaciones independientes del Estado, que intentan dar respuestas a las demandas de atención de acuerdo a las necesidades de servicio. Muchas de estas ONGs han tenido una vida corta. Algunas se han creado con financiamiento externo y una vez terminado éste no

han podido sobrevivir. Otras por ser demasiado costosas no han podido permanecer.^{113 114 115}

El "Centro de estudios y atención psicológica" es una de estas organizaciones, que tiene como propósito dar un servicio psicológico a poblaciones de escasos recursos. La evaluación del CEAPAC tiene la intención de abocarse al conocimiento del sistema de servicio, donde se puede incidir en propuestas de cambio y mejoría del mismo, concretamente en las formas de cómo se hacen los mecanismos de participación en las relaciones de trabajo del servicio. Conocer la dinámica que se ha instituido permitirá hacer ajustes y propuestas de una relación más optimizada de los servicios. Así la evaluación se centra en las formas y procesos construidos por el personal del centro. Esto significa que la zona de evaluación se caracterizará por el proceso y la participación del personal en la proyección presente y futura de su trabajo para beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

En una institución como ésta, muchos de sus problemas se derivan de la condición socioeconómica actual, que en muchas ocasiones propicia su cierre o su deterioro. Esta condición no tiene un alcance inmediato en su evaluación, pero sí en el proceso, su dinámica, y de sus integrantes, lo constituye un elemento fundamental para el mantenimiento y funcionamiento del centro. De ello se deriva la importancia de la evaluación del servicio, partiendo del personal y sus formas de trabajo y que se manifestarán en un tipo y calidad del servicio.

Ante estas condiciones las interrogantes que se derivan son a partir de ¿qué se va evaluar?. Una característica de este tipo de servicio es su composición en la relación humana que se traduce en formas de interacción del personal y aquí es donde se constituye el principio de la evaluación. Los trabajadores de la salud son el punto de partida en sus formas de expresar y dar un tipo de servicio, el análisis de la relación que establecen estos trabajadores posee un vínculo con los

¹¹³ Rivera E., Instituciones y psicología en la década de 1940-1950, pp. 345-388.

¹¹⁴ Urbina J., 1989, El psicólogo, formación, ejercicio profesional, prospectiva, pp. 509-522.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

usuarios. La apropiación y construcción de expectativas que se tienen de los sujetos hacen que se traduzca en formas de trato y convivencia entre los individuos y de los usuarios que reciben el servicio.¹¹⁵

2.19 Antecedentes de Santa Clara Coatitla.

La palabra Coatitla tiene el significado de lugar de víboras. La población existe ya desde los años de 1400 D.C. En él vivían los hombres mesoamericanos, que los españoles llamaron indígenas, nativos o naturales, mismos que fueron evangelizados y dados como esclavos a las autoridades españolas. Como resultado del proceso de evangelización se dio el sincretismo religioso, que tuvo sus efectos en el cambio del nombre del lugar. Se le agregó Santa Clara y pertenecía a la Jurisdicción de San Cristóbal Ecatepec, igual que hoy día. Desde la llegada de los españoles empezaron a tener diferencias con los criterios de los límites territoriales del pueblo de Santa Clara Coatitla con el pueblo de San Pedro Xalostoc. Ambos pueblos se dedicaban al cultivo de la tierra y a la pesca en el lago de Texcoco. Vivían de sus cosechas, de los frutos de tuna, granada, higos y duraznos, entre otros, del cultivo de frijol, maíz, nopales y maguey del pulque y de la caza y pesca.

En el pueblo de Santa Clara Coatitla residía la calma hasta que en los años de 1943 se instaló la primera fábrica de productos de asbesto, láminas y tinacos. Después llegaron las fábricas de productos químicos, de cartón, de jugos, etc., y se inició un proceso de sequía en el pueblo. Las cosechas y árboles se empezaron a secar como resultado de la contaminación de las fábricas y la

¹¹⁵ Saucedo G., 1988, Propuestas para el diseño y metodología de un modelo mixto de planeación para la aplicación en empresas pequeñas y medianas en México, pp. 120-276.

¹¹⁶ López S., Investigación realizada en CEAPAC 1986-1998, 1-26.

práctica irracional de hacer pozos para sacar agua. Los fabricantes pagaron indemnizaciones e invitaron a los propietarios a vender sus terrenos en lotes para construir viviendas.¹¹⁷

La urbanización trajo la luz eléctrica, el drenaje y la construcción con cemento, dejando de lado la construcción de adobe y techo de tejamanil. Los valores y costumbres cambiaron. La radio y la televisión cumplieron su parte y el pueblo dejó costumbres y tradiciones. Lo único que se preserva es la fiesta anual del 12 de agosto, que es cuando se festeja a la Virgen de Santa Clara, que es la patrona del lugar.

La ubicación geográfica de Santa Clara Coatitla es en el Estado de México en el Municipio de Ecatepec de Morelos (anexos B, C y D). La población se encuentra al pie de Cerro Gordo y sus colindancias son :

- a). Al Este con San Pedro Xalostoc; que los divide la autopista México – Pachuca
- b). Al Norte con Santa María Tulpetlac.
- c). Al Sur con San Juan Ixhuatepec que colinda con el Distrito Federal, y
- d). Al Oeste con el Municipio de Atenco.

Cuentan los ancianos del lugar que en el año 1934 la población era aproximadamente de un total de 1600 personas, sin embargo, hoy día, el crecimiento ha sido sin planificación ni urbanización, y los habitantes rebasan el millón.

La zona se ha convertido en el lugar donde se ha encontrado gran recepción las industrias contaminantes y peligrosas para la salud física y mental, aparte de que no existen los servicios públicos básicos. El crecimiento de la población ha creado nuevas demandas, sobre todo en el campo de la salud. Los cerros se han poblado por emigrantes del campo; muchos de ellos vienen de los

¹¹⁷ Ibid., pp. 2-8

Estados de Hidalgo, Tlaxcala, Guanajuato, Guerrero, etc. Son personas que carecen de instrucción primaria o sólo cursaron los primeros años de la escuela; sólo saben leer y escribir.

Problema mayúsculo es él que ha generado una mezcla de la falta de servicios; defecan al aire libre, no tienen agua potable, drenaje, servicio médico, escuelas y el único servicio es la luz eléctrica. La contaminación de las fábricas y la falta de servicios ha dado como resultado problemas de salud que van desde diarreas, falta de aprendizaje y rendimiento escolar, pasando por el alcoholismo y la desintegración familiar. Los servicios con los que cuenta el municipio en el campo de la salud son atención médica, dental y psicológica. Existen un total de 12 consultorios médicos privados, 40 dentistas privados y un DIF que no da servicio psicológico. Las clínicas del IMSS que existen en la zona son tres y tampoco tienen servicio psicológico. Los pacientes se remiten al sur de la ciudad de México, al IMÁN o en su defecto a rehabilitación física del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Actualmente hay cuatro médicos en el centro de salud, pero no hay especialidades.

Las condiciones de pobreza del pueblo han llevado a sus integrantes a plantearse la búsqueda de alternativas para vivir cerca de la gran urbe y una fuente de empleo. Sin embargo, parece que las posibilidades de lograr algunas alternativas a los problemas que derivan de la pobreza no son muy viables, en consideración a las formas de vivir y las expectativas que se gestan en la vida económica de la familia y el desarrollo de las industrias. Esta condición ha propiciado el hacinamiento y la promiscuidad de los individuos. La desvinculación de los valores éticos, morales y patrones de comportamiento del campo y la ciudad ha propiciado una especie de choque emocional que les desubica en su relación espacio temporal. Algunos refugios de patología social que encuentran son el alcohol, los espectáculos violentos, películas de narcotraficantes y la lucha libre, porque las opciones de espacios culturales y recreativos no existen. La diversión para muchos de los habitantes consiste en ir a la Villa, visitar a un familiar en el otro extremo de la ciudad, o simplemente quedarse en casa. El papá

se dedica a tomar con sus compadres y amigos. Muchos de los niños no conocen el sistema de transporte colectivo, metro, menos el Bosque de Chapultepec, así como jamás han ido al teatro. Pensar en hábitos de lectura es algo que no existe en sus demandas inmediatas.

Un grupo de profesionales en el área de la psicología realizó hace quince años un diagnóstico situacional y de salud, en donde detectaron la múltiple patología de salud, económica, política y social en la que estos habitantes están inmersos, por lo que de inmediato iniciaron una ardua labor de tipo comunitaria y social, organizándose para dar respuestas de tipo positivo y en forma específica a un grupo con problemas de salud mental y personas con discapacidades físicas. Con esto se aproximaron a dar respuesta a la problemática como profesionales en el campo de la psicología, desde un enfoque de tipo comunitario y social.

2.20 Servicios del CEAPAC.

El CEAPAC fue fundado en 1986 por diez psicólogos con los siguientes objetivos:

1. Construir una propuesta de trabajo psicológico en comunidades marginales para prevenir problemas de salud física y mental.
2. Realizar un estudio de investigación y servicio para atender a niños con problemas físico emocional.
3. Establecer un sistema de servicio con un costo simbólico y que sea redituable en calidad y durabilidad en el ambiente familiar y que permita realizar la prevención de la desintegración familiar.
4. Crear un espacio laboral que permita la retroalimentación de un sistema organizativo donde participen los profesionales de la salud y los padres.
5. Desarrollar actividades de divulgación y difusión sobre la salud física y mental para elevar la calidad de vida en las relaciones humanas y de convivencia.

6. Establecer formas de trabajo preventivo con los padres en el campo de salud física y mental de su familia.

El criterio para la ubicación fue buscar una comunidad marginal donde no había ningún servicio de este tipo y que apenas estaba empezando a poblarse, para que hubiera la posibilidad que el centro creciera junto con la comunidad. Cuando se fundó el centro el área contaba con un centro de salud de primer nivel de la SSA con un médico y consultorios privados de ocho dentistas y dos médicos generales. Los padres con niños discapacitados llevaban sus hijos hasta el Instituto Politécnico Nacional para rehabilitación física y incluso algunos hasta el IMPI, situado en Avenida IMAN cerca del Periférico Sur.

El centro se abrió en una casa rentada en San Pedro Xalostoc y cuando creció se rentó otra casa más. En 1989 se logró comprar un terreno de 600 metros cuadrados, gracias a facilidades dadas por el municipio. Está ubicado en la calle de Capulín No. 1, colonia Hank González, en el municipio de Ecatepec, Estado de México. Poco a poco se hizo la construcción y allí se cambió el centro hace cinco años cuando estaba listo el primer piso.

Ahora la estructura física del CEAPAC consiste en un edificio de tres pisos y de 1400 metros cuadrados de construcción. En la planta baja se ubican las oficinas, la sala de espera, cuatro salones de clase, la cocina, un patio con juegos para el recreo, un gimnasio para terapia física, cinco baños y el taller donde se fabrican sillas de rueda, andaderas, bastones, muletas y juegos para los niños. En el segundo piso hay una sala grande para cursos, seis consultorios para acupuntura y uno de odontología, además de un cuarto para masaje terapéutico. Se planea una ludoteca y un consultorio ginecológico. El tercer piso tiene varios dormitorios y baños, una biblioteca, una sala de meditación y un cuarto grande donde se piensa hacer un laboratorio para análisis clínicos.

En la construcción la participación del personal y de los padres de familia fue muy activa, sea por trabajo propio o por donativos y ayuda con la recaudación de fondos. CEAPAC ha logrado consolidar una propuesta autogestiva y mantenerse a pesar de la crisis de 1994. Los ingresos de las diferentes áreas

sostienen el mismo personal. Esto permite visualizar a futuro aspectos del servicio, buscar y proponer formas de trabajo que optimizan los escasos recursos, para que siempre sea accesible a la población de escasos recursos.

Aunque en el organigrama (anexo A) la estructura organizacional parece jerárquica, el CEAPAC se caracteriza por tener una estructura distinta en cuanto a su dinámica, que es muy democrática. Se pone de manifiesto el proceso de la instrucción de los usuarios o pacientes y los trabajadores. Existe una respuesta inmediata a las demandas de los pacientes y usuarios en general. No podemos englobar a la organización en la característica de evaluación tradicional de los servicios de salud. Sin embargo, sí se pueden considerar aspectos normativos y políticos de servicio que bien pueden redundar en una perspectiva de tipo instrumental en cuanto a sus frutos inmediatos, es decir, la correspondencia entre servicio - paciente - satisfacción de la demanda.

El proceso de construcción del CEAPAC tiene una historia de más de diez años. En ese tiempo la dinámica organizacional se ha desarrollado, tomando como criterio la calidad del servicio en sus diferentes áreas. Su permanencia se ha sostenido en la claridad de sus programas de trabajo y en una política de capacitación permanente del personal.

El CEPAC es una ONG constituida como asociación civil (A.C.), de carácter no lucrativo, con fines de tipo social y cuyo propósito es trabajar con sectores marginados y hacer la divulgación de lo que hace el trabajador de la salud mental en la sociedad actual, incluyendo la realización de formas de trabajo de carácter institucional privado-social, que contribuyan a la resolución de los problemas por los individuos, en una relación de apoyo de los profesionales en el campo de la psicología. Como resultado se espera una satisfacción positiva tanto por el usuario, como por el recurso humano que trabaja y se identifica con la organización. Esto implica promover la prevención de la salud en los integrantes de la familia y no sólo trabajar con la remediación de problemas, realizando en forma constante un análisis y evaluación de este servicio, en donde se den

propuestas teóricas y prácticas para prevenir problemas de salud en el área de la psicología.

Sobre la población.

La población que asiste al servicio, toda de escasos recursos, ha ido creciendo en los doce años que se ha trabajado. En 1987 se inició con un número de seis personas que anteriormente tenían que desplazarse hasta el D. F. para poder recibir terapia física de media hora. Se realizó una campaña de difusión y propaganda de los servicios que se prestaban y su costo de cooperación que consistía en \$2.50, (dos pesos con cincuenta centavos). La necesidad de cooperación se debe a que el centro no cuenta con ningún tipo de apoyo o financiamiento por organismos nacionales o internacionales, así que la cooperación tiene varios usos, pago de la renta y material didáctico y un pago simbólico para los compañeros de trabajo. La demanda fue creciendo y hoy día se cuenta con una población de 2000 usuarios con expediente psicológico, distribuidos en diferentes áreas de trabajo

La educación especial

Hay dos niveles en este departamento, un grupo llamado "lento aprendizaje" y el otro se llama "educación especial". A los dos se aplicó el cuestionario de educación especial. El manejo está enfocado a los niños con retraso mental, sacándolos del encierro, de la vergüenza de la familia para vencer el concepto de "loquito" en que los tenían. El trabajo consiste en su recuperación como seres humanos.

La población es de 70 niños, que se distribuyen en el sistema escolarizado y de consulta externa, los niños tienen una edad de 1 año y 5 meses hasta adultos de 23 años. El trabajo no se ha reducido a darles educación especial, se ha elaborado un plan de trabajo con los padres de familia para dos áreas fundamentales. La primera consiste en la prevención del retardo en el niño, que

significa que no se agudice su retraso y se aproveche sus capacidades al máximo. La segunda consiste en la realización de un plan de prevención para evitar nacimientos con problemas de retraso mental, que incluye los hábitos alimentarios, los cuidados del embarazo, posparto y la estimulación del niño y las formas de darle afecto y cuidados emocionales.

Como un apoyo paralelo a los padres de los niños con retraso mental se les da asesoría psicológica para diferenciar las formas de relación que se establecen con el hijo y los demás integrantes de la familia. Las relaciones intersubjetivas y su transformación son las posibilidades de crear una visión alternativa a su condición de vida. En algunos casos, la desintegración familiar se inició con el nacimiento del niño, en otros se agudizó o se hizo un abandono que se convierte en culpa o en un sentimiento que busca a un culpable, en otros casos se convierte en el justificante de escapes, como el alcoholismo y la irresponsabilidad. Por otra parte, la escasez de recursos pone una serie de frustraciones ante la falta de equipo de rehabilitación en los niños discapacitados. Aún así los logros han sido satisfactorios, y se hace uso de la creatividad.

Los logros se han materializado en los cambios de conducta de los padres para con el hijo. Algunos niños han aprendido caminar, otros escribir, leer, hablar mejor, así que el proceso de socialización e integración del niño en su familia y el espacio donde vive ha sido con menor resistencia.

Un efecto colateral ha sido que las madres se han ocupado de decirles a otras personas que lleven a sus hijos. Antes estaban renuentes a comunicarse y solidarizarse con una madre que padece de un problema similar. Esto contribuye a desmistificar la idea de ellas o ellos que son los únicos que sufren por tener un hijo con retraso en el desarrollo.

Como resultado de este trabajo y pensando que es necesario socializarlo, CEAPAC está elaborando un manual para los padres que tienen un hijo con problemas de retraso en el desarrollo. Para el proceso de enseñanza aprendizaje se ha realizado un texto para sus trabajos de sistema escolarizado, mismo que tiene un uso interno en la organización.

Por otra parte, en algunos casos de parálisis cerebral se les apoya a los pacientes con tratamiento de masaje acupuntural para un mejor restablecimiento de su energía en el cuerpo humano. Se publican trabajos de divulgación en los periódicos nacionales donde se habla de las experiencias y de las formas de trabajar que se están realizando.

Las clases para niños preescolares se abrieron para promover la integración y convivencia de los discapacitados y para mejorar la salud mental de las madres solteras de la zona. La encuesta en esta área se realizó para investigar si había diferencias en las actitudes de los padres de niños discapacitados y los de los "normalitos".

Asesoría Psicológica

Esta área de trabajo es la que debería de tener mayor demanda dado que es un lugar de muchos problemas psicosociales y culturales, que van desde el alcoholismo, la violencia con las esposas, niños golpeados, abandono de hogar, abandono afectivo de hijos y esposa, adulterio, problemas sexuales, etc. Sin embargo, la población en general no lo considera como problema. Por eso se inicia el trabajo desde esta concepción con pláticas y cursos sobre la relación de pareja, la relación padre hijo, la construcción de las relaciones intersubjetivas en la pareja, los conflictos y sus formas de resolución y de trabajo en la personalidad de los seres humanos

La mezcla de sentimientos, circunstancias, valores y principios éticos y estéticos juegan un papel muy importante en el proceso de los conflictos emocionales y maritales. La asesoría psicológica no sólo se puede ver como el medio para resolver un conflicto, sino que también se considera como la puerta de entrada a una construcción de relaciones sociales más duraderas y estables emocionalmente, sobre todo si se toma en cuenta que la familia es la base de un funcionamiento psicosocial. Si ésta no se desintegra las posibilidades de no hablar de otros problemas se reducen considerablemente, así que la familia o la relación de pareja y con los hijos son el motivo de un análisis permanente en este trabajo.

La población ha crecido considerablemente en los últimos dos años. Es curioso, que al principio la gente no venía porque sólo los locos van al psicólogo. Hoy día han cambiado su percepción y dicen con cierto orgullo que ellos sí van a la consulta, sin importarles "el que dirán". La conformación de un criterio les ha permitido ver un poco más allá de sus valores y se hacen cuestionamientos sobre la salud mental de los demás. Ahora pueden comprender la actitud de los padres golpeadores o mujeres sufridas, sin dejar de lado las recomendaciones.

Un total de 56 personas ha tomado la asesoría individual con resultados satisfactorios, con la perspectiva de construir una relación mejor con los integrantes del núcleo familiar y los habitantes del lugar que se comparte, sea la colonia el barrio o la vecindad.

Es curioso que a éste respecto asistan más personas que viven en lugares lejanos, estamos hablando de un perímetro de más allá de diez kilómetros, lo que nos indica que el estigma social pesa demasiado.

Se está trabajando en la elaboración de audiovisuales y artículos periodísticos se han publicado tocando el tema de la desintegración familiar, sus posibles formas de trabajo, y las consecuencias en las comunidades marginales.

Trabajo con los jóvenes

El número de jóvenes que se atiende actualmente es de 23 entre los 12 y los 18 años de edad. En general se procura trabajar con los padres y luego con el adolescente. Una característica de estos casos es que la madre casi siempre es soltera, viuda o dejada. Los problemas que más se encontraron son la drogadicción y la violencia, el abandono de la escuela o el bajo rendimiento escolar. Los padres suelen solicitar ayuda porque su hijo no quiere estudiar o no obedece. Son raros los casos que llegan al centro cuando el joven se quiere suicidar o irse de la casa, por lo regular lo hace sin buscar ningún tipo de ayuda.

Las actividades que se realizan con los jóvenes consisten por lo regular en trabajar los aspectos afectivos y sus formas de manifestarlos, lo que implica que el

vez a la semana, cada quince días, cada mes o cada tres meses. La población se ha conformado al paso de los años, desde luego que no todos asisten en un día, se habla de un total de expedientes que están actualizados.

Esta población es la de mayor vitalidad y demanda y utilización de servicio al centro de trabajo y nos pone ante la edición de problemas diversos y novedosos. Son niños, jóvenes, adultos, y ancianos, que tienen problemas de salud y andan buscando alternativas para sus padecimientos orgánicos que casi siempre tienen un origen psicológico.

Más aún es una mezcla de mitos y creencias sobre brujería y malos espíritus. A estos pacientes se les hace una historia clínica para ver los hábitos alimenticios, los procesos de aprovechamiento y absorción de nutrientes, asimismo el proceso de eliminación. Se recurren a propuestas que hacen las medicinas alternativas desde la visión holística de la salud. Los resultados han sido excelentes y de un promedio del 100% se puede hablar que se ha logrado un 89% de mejoría notable, el resto es de una mejoría leve o pocos resultados estables.

En esta población se ha encontrado casos de señoras de escasos recursos que se han realizado la salpingoclasia y ahora tienen como consecuencia una menopausia prematura, trayendo como resultado un cambio en sus formas de vida cotidiana, lo que altera la relación con sus hijos y esposo, sea por estados nerviosos o por tener poco o nulo deseo sexual. Con estos usuarios se pretende hacer cambios en sus formas de vida por medio de una educación para la salud, pensando en los efectos que se extienden cuando uno de los integrantes de la familia ha logrado cierta salud estable.

Los servicios que se proporcionan son de acupuntura, terapia física, psicoterapia y odontología. Se planea tener la especialidad de gineco-obstetricia y se está instalando un laboratorio clínico. Cabe destacar que a este servicio asisten personas de diversos lugares y estratos socioeconómicos. Lo cierto es que los habitantes de Santa Clara aprecian este tipo de atención, porque no tienen mayores problemas para recibir el servicio que esperar su turno. El resultado de

este trabajo, se ha dado a conocer en el periódico "Excelsior". Actualmente se realiza el vaciado de los datos para realizar una investigación sobre la relación de las enfermedades físicas y psicológicas, asimismo se podrán identificar los diversos problemas de salud para futura prevención.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Aplicación de la Investigación de Servicios de Salud (ISS).

La ISS se debe desarrollar predominantemente en el área de la ciencia aplicada con el cual se realizará el reconocimiento y la evaluación del problema de estudio, de acuerdo a la estructura de los servicios, la forma de cómo estos operan, así como de la forma de cómo influyen sobre las necesidades y expectativas de la salud de la población, para que con ello permita contribuir a resolver los problemas reales en la presentación de los servicios, independientemente del tipo de organización que los otorgue.

A fin de identificar la línea de investigación destinada a reorientar los sistemas nacionales de salud, en Ginebra, 1982, se reunió un grupo de estudio de la OMS, donde se definió como objeto de estudio la organización de cualquier establecimiento sanitario (hospital, centro de salud, etc.) o un sistema general de salud que abarque la comunidad, una región o todo un país. Se considera que la aclaración del funcionamiento de los servicios a todos los niveles en un país es importante para poder resolver su problemática de salud.^{118 119 120}

Considerando que esta investigación de un servicio de salud está relacionada con los problemas de salud bajo un contexto psicosocial, en ambientes donde diversos tipos de conducta humana pueden tener consecuencias decisivas, resultando tareas sumamente complejas, en donde el investigador debe tener en cuenta múltiples variables que a menudo es difícil determinar y controlar, además de tener presente que el mismo proceso de la investigación no altere artificialmente el fenómeno que se investiga, se justifica su realización.

¹¹⁸ OMS., 1978, Informe final de la conferencia internacional sobre APS, Alma-Ata, URSS, pp. 1-20.

¹¹⁹ OMS 1984, Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud, pp. 5-73.

Tomando en consideración lo propuesto también por el Comité Asesor de la Organización Panamericana de Salud sobre las investigaciones médicas (OPS, 1994) se desprende que las ISS tienen varios tópicos y uno de los que se consideran es el de mejorar la prestación de los servicios de salud. Las investigaciones deben ser multidisciplinarias y recurrir especialmente a las ciencias sociales y contribuir a y fomentar la aplicación de conocimientos biopsicosociales.

De ahí surge la importancia de determinar la línea de investigación sobre el servicio de salud que se otorga, y esta investigación cae en la línea de *Participación de la comunidad, y Evaluación de las necesidades sanitarias de una población*. Dada esta ubicación de la investigación que se plantea en esta tesis se trata de descubrir de donde emerge el problema de investigación que se plantea.

Ya que uno de los problemas socio-psicológicos en la actualidad es que existe una gran necesidad de servicio, especialmente en donde hay una gran carencia de factores y condiciones psicosociales, culturales y educacionales, los cuales son indicadores de salud mental para cualquier tipo de población, es especialmente importante poder evaluar los servicios que presta una institución ubicada en una zona deprimida

Además de la contribución de tipo científica, se podrá dar a conocer en mayor medida el comportamiento de una o diversas variables o la relación entre ellas, ofreciendo una exploración fructífera del fenómeno a estudiar, así como se darán a conocer los resultados a los tomadores de decisión con propuestas de solución, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados.

También debe de responder al imperativo de dinamizar las acciones dirigidas a satisfacer las expectativas y necesidades de atención a la salud de la población que demanda este tipo de servicio, con el sentido de favorecer la conjunción de esfuerzos entre las diversas instancias institucionales que intervienen en el proceso de la atención.

¹²⁰ OMS., 1989, Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos, pp. 20-80.

En este contexto, resulta importante la utilización del proceso educativo para favorecer el progreso y desarrollo del personal institucional que es base de las acciones y procedimientos a realizar dentro de los procesos de la atención psicológica social.

3.2 La Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS, en 1983, propone que se hagan investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud, particularmente para contribuir en las tareas de producción y distribución de los recursos sanitarios, lo que ayudará a planificar con eficacia todos los tipos de recursos sanitarios y también proporcionará datos sobre tipos, funciones, cantidad y distribución de médicos y otro personal dedicado a la salud en una región sanitaria.¹²¹

Mediante el procedimiento de la investigación se recogen nuevos conocimientos de fuentes primarias y esto permite el avance científico, aumenta el conocimiento teórico y puede comprobar y desarrollar teorías basadas en principios y leyes. Las proposiciones hipotéticas permiten hacer inferencias, generalizaciones y predicciones de las relaciones entre factores. La investigación sirve para conocer la realidad de la problemática, buscar alternativas de solución y evaluarlas en función del impacto o resultado en la solución de los problemas estudiados.¹²²

La importancia de realizar una evaluación de los servicios en el sector salud tiene un valor estimable en cuanto a facilitar la posibilidad de reestructurar, planificar y proyectar a futuro. La trascendencia de observar lo realizado implica que podemos saber qué es perfectible y perdurable en el proyecto original.

La cuantificación de los recursos sanitarios disponibles en un programa de salud y su distribución en relación con las necesidades de la población es un tema

¹²¹ OMS, 1983, Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra, Serie de informes técnicos 694, p. 25.

¹²² Ibid., p. 48

importante para la investigación sobre servicios de salud, particularmente como contribución esencial a la tarea de planificación sanitaria regional, siendo los más importantes el recurso humano, el recurso material, el recurso físico, el equipo y los suministros, junto con los conocimientos y la tecnología sobre la salud.

Por lo tanto, la evaluación y el enfoque psicológico que se aplique en esta investigación será de utilidad, puesto que sigue la tendencia a estudiar los sistemas como una entidad más que un conglomerado de partes. Así, se tratará de conocer la organización de los servicios de salud mental comunitaria del CEAPAC como problema específico.

En la sociedad mexicana los sectores marginales no tienen acceso al servicio de carácter psicológico o mental. Eso significa que las organizaciones, como la que nos ocupa, deban trabajar con un ideal propositivo sobre las problemáticas identificadas para poder incidir en la posible prevención y solución de los problemas en los espacios familiares, que es donde tienen las raíces las diversas problemáticas, puesto que es en ella donde se cruzan los aspectos económicos y políticos de una sociedad como la nuestra y dan como resultado el deterioro de la salud física y mental. Los altos índices de problemas de desintegración familiar han dado como fruto que tengamos niños callejeros, niños trabajadores, abandono escolar, altos índices de desnutrición, enfermedades congénitas, violencia intrafamiliar, bajo rendimiento escolar, tendencias a la depresión y aumento de suicidios.

El Estado, gestor de esta condición actual, no ha podido dar las respuestas a la demanda de una sociedad que se organiza ante los nuevos problemas de la falta de servicio. La política económica de los últimos doce años ha propiciado el aumento de altos índices de desempleo y deterioro de la calidad de vida de la gran mayoría de la población, lo que ha tenido como consecuencia un efecto de reducción de oportunidades en el campo de la salud.

La institución que nos ocupa se ha constituido en un modelo que puede funcionar en cualquier condición donde exista la escasez de servicios. Su evaluación permitirá hacer la replica en otro espacio geográfico, esto significa que

un análisis de sus condiciones y características permitirá a otros trabajadores de la salud retomar los principios organizativos y operativos para hacer una optimización de los escasos recursos que se puedan tener. El valor de la evaluación consiste en pretender la optimización y mejoría en la calidad del servicio.

Los elementos de un trabajo propositivo se caracterizan por sus formas de funcionamiento de servicio por parte del personal. Esto significa que los trabajadores de la institución son un elemento fundamental para el funcionamiento y la calidad del servicio. Los trabajadores de la salud se han organizado en la búsqueda de propuestas a esta problemática en su campo. La institución de la que nos ocupamos tiene en su funcionamiento un total de doce años de enfrentar los problemas señalados cotidianamente, así que la búsqueda de alternativas deberá de iniciarse con la evaluación y el análisis de su servicio así como de su calidad y logros obtenidos. Estos tienen su valor para la misma institución y para otras experiencias a futuro y podrán ser compartidos con otras instituciones que también buscan alternativas ante las condiciones actuales.

La exploración de las relaciones entre los datos recogidos sistemáticamente y ciertas variables asociadas proporcionan información de gran importancia para identificar y plantear los problemas del servicio. Una vez identificados y hecho el diagnóstico se pueden buscar e instrumentar las soluciones correspondientes, para llegar a realizar cambios y ajustes en los procesos.

Con esto se quiere decir que esta investigación acerca del funcionamiento de un servicio de salud de atención primaria en salud mental comunitaria tiene gran relevancia para la solución de problemas, no nada más a nivel local y nacional, pero puede servir como un modelo para otros servicios, hasta internacionalizarse. Este estudio reflexivo constituye una forma útil de investigación sobre servicios de salud que puede contribuir a la toma de decisiones correctas, normativas que ayudarán a la planificación y solución del problema de la atención primaria de salud mental en la población.

3.3 Justificación de esta investigación de tesis:

En vista de que CEAPAC tiene 12 años funcionando y no se había evaluado anteriormente se eligió para esta investigación con el pensamiento que podría ser útil para la solución de las siguientes necesidades:

1. Establecer un trabajo que compruebe la forma de cómo CEAPAC ha venido trabajando un proyecto de cooperación para el mejoramiento y bienestar de poblaciones marginadas de sectores con niveles económicamente muy bajos.
2. Usar este trabajo como un inicio para establecer un futuro modelo que sea capaz de reproducirse de forma confiable y exacta, estableciendo un patrón de mejora social y personal en estos medios sociales a los que está dirigido.
3. Crear patrones y vinculación de asistencia entre los usuarios y los profesionales de asistencia social de CEAPAC como forma establecida de trabajo y desarrollo conjunto.

3.4 Planteamiento del Problema

¿Si se parte de la premisa de que la atención psicológica en el sistema institucional presenta un verdadero problema de otorgamiento de atención, qué se puede decir de la atención en el ámbito comunitario en ONGs? En general existen características comunes de deficiencia en servicios y otorgamiento de la atención, que en su conjunto pueden constituirse en una gran prioridad para el análisis y la evaluación de las necesidades de demanda del individuo, la familia y la comunidad.

Deben señalarse los aspectos de insuficiencia del otorgamiento, uso, accesibilidad y calidad de atención de acuerdo a un modelo psicosocial, dentro de los procesos de la atención médica, con sus múltiples repercusiones en diversas vertientes que incluyen al paciente, su familia, su entorno laboral, el personal de salud y la institución en general. Relacionado con lo anterior, y como un

señalamiento general se encuentra la deficiencia en la oportunidad, eficacia, eficiencia, calidad, satisfacción y falta de un trato humanístico. De todo lo anterior se plantean diversos aspectos específicos, que desde una perspectiva metodológica, requiere de un abordaje inmediato y son las áreas de:

1.- Terapia Física. (T)

2.- Educación Especial. (E)

3.- Preescolar. (K)

4.- Personal. (P)

Estas son áreas de responsabilidad de servicio que otorga el CEAPAC, a su población y con el recurso humano con el que cuenta, ya que la problemática que presenta es de gran magnitud y trascendencia. Se pretende evaluar el servicio que se otorga, desde una perspectiva de la APS, y con un enfoque psicosocial, debiendo dar resultados a corto plazo, en beneficio del individuo, la familia y la comunidad, reflejando un impacto en los servicios de salud en México, para que favorezcan los cambios sustantivos que están previstos en la modernización organizacional.

El total de pacientes que puede manejar esta ONG, es muy limitado, por falta de recursos económicos y financieros, así como al mismo apoyo comunitario, Por otra parte con relación al recurso humano o plazas existentes se consideran también limitadas por falta de recursos económicos, lo que resulta tanto en sobredemanda como subutilización y mala distribución y puede impactar en la calidad de los servicios otorgados. En esta cultura la utilización de los servicios ha cambiado; aunque los padres no dejan de usarlos, en algunas ocasiones se resisten a solicitarlos o aceptarlos.

Por eso es importante que dentro del modelo de evaluación de necesidad de servicio que se propone se debe considerar las condiciones generadoras de la problemática en la atención psicosocial que se otorga dentro de esta ONG, situación compleja, que requiere de un verdadero análisis y evaluación, con el

conocimiento previo de un diagnóstico situacional en el momento en que se está proponiendo, y estar consciente de que este modelo debe ser moldeable, de acuerdo a las necesidades de las del otorgamiento de servicio y de la misma organización.

De lo anterior se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿El servicio que se otorga en el CEAPAC está afectado por múltiples factores que se dan en sus procesos de los programas a realizar considerando que no existe un verdadero modelo dentro de los Servicios de Salud en México, que pueda difundirse desde un punto metodológico científico?

2. ¿Qué beneficios puede ofrecer la atención de tipo psicológico social, con la propuesta de un modelo de tipo comunitario, en una ONG, de acuerdo a las necesidades de servicios y múltiples variables que tiene causa-efecto, para dar propuestas de solución?

3. ¿Cómo poder hacer llegar este programa y sus beneficios a todos los necesitados de él?

4. ¿Cómo establecer un servicio planificado e integral que abarque a las instancias sociales más pobres y necesitadas del mismo, sin que le produzca más deterioro en su escasa economía?

4. METODOLOGIA

4.1 Objetivo General

Evaluar y analizar el servicio de atención integral de tipo psicológico que otorga una organización no gubernamental de atención primaria en salud mental comunitaria, para elevar la calidad de vida en el individuo, la familia y la comunidad.

4.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la calidad con que se otorgan los servicios a usuarios con discapacidad física, enfermos mentales en un centro de atención primaria en salud mental comunitaria.
2. Explorar la problemática de la atención que recibe el discapacitado y enfermos mentales al nivel de terapia física y educacional.
3. Conocer la calidad de atención de servicio que otorga el personal al usuario.
4. Identificar los problemas de otorgamiento de servicio de atención psicológica.
5. Construir y aplicar un instrumento de evaluación del servicio de atención primaria en salud mental.
6. Proponer estrategias para hacer una optimización en los servicios que se llevan a cabo en el CEAPAC.
7. Continuar con la línea de investigación dado la magnitud del problema.

4.3 Hipótesis

Dentro de la investigación científica, las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en

conocimientos organizados y sistematizados. Por este hecho se plantean las siguientes, para esta investigación:

4.3.1 *Hipótesis de trabajo de tipo descriptivo.*

H1: El servicio que se otorga en el CEAPAC en la población usuaria está relacionada positivamente con la satisfacción del otorgamiento de servicio que reciben sus usuarios y personal trabajador.

H2: La falta de un modelo psicológico social de tipo comunitario con metodología homogénea, en los servicios que otorga el CEAPAC sí logra medir el impacto del beneficio del servicio otorgado en esta organización.

H3: A mayor aceptación de servicio con responsabilidad por los usuarios como por los trabajadores se obtienen mayores beneficios para mejorar las condiciones de vida y salud de los pacientes.

H4: Del manejo y tratamiento así como de la asesoría e información que reciba el usuario, será mayor el beneficio en cuanto a su recuperación para su adaptación en su entorno familiar y comunitario.

4.3.2 *Hipótesis estadísticas de correlación.*

H1: $Y_1 > X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

H2: $Y_1 \neq X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

H3: $Y_1 > X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

H4: $> X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

Se plantea la pregunta siguiente:

¿Se plantea la relación de las hipótesis, las preguntas y los objetivos de la investigación?

4.3.3 Prueba de hipótesis.

Es importante considerar que para probar si estas hipótesis sean verdaderas o falsas, se deben someter a prueba en la realidad mediante aplicación de un diseño de investigación y con la recolección de los datos a través de uno o varios instrumentos de medición y analizados e interpretados dichos valores.

Como señala Kelinger en 1979, *“las hipótesis constituyen instrumentos muy poderosos para el avance del conocimiento, puesto que aunque sean formuladas por el hombre, pueden ser sometidas a prueba y demostrarse como correctas o incorrectas sin que intervengan los valores y las creencias del investigador”*.

Es importante mencionar que la utilidad de las hipótesis depende de:

1. Que sirvan como guías de una investigación.
2. Tienen una función descriptiva y explicativa.
3. Prueban la teoría.
4. Sugiere las teorías que deben de aplicarse.

4.4 Tipo de Investigación

De acuerdo a la clasificación que propone Dankhe (1986), la investigación es de tipo:¹²³

Descriptivo, no experimental, transversal, psicológica y social.

Este tipo de investigación por lo general fundamenta la correlación de las variables, y tiene el propósito de ayudar al investigador en observar, describir y medir el fenómeno, sin la manipulación de las variables. Se busca especificar las

¹²³ Hernández Sampiere R., Fernández Collado C., 1995, Metodología de la investigación.

propiedades importantes de personas, grupos y comunidades para el análisis y la evaluación propuestas. Se considera que probablemente con este tipo de estudio se medirán las variables consideradas en forma independiente y con ello se interpretaron los resultados.

La evaluación y el análisis se realizaron durante un sólo período, sin decir que ésta primera sea la última, sino que sea la pauta de muchas más para con ello continuar una serie de investigaciones derivadas de la misma.

El período de realización del estudio fue 1996-1997.

4.5 Ubicación Geográfica

Está descrita en la sección de la historia del lugar.

4.6 Variables

DEPENDIENTES		
Y1. Evaluación del servicio de atención primaria en salud mental comunitaria.		
INDEPENDIENTES		
T1	Terapia física	Se ha considerado como el servicio que se da a los usuarios de CEAPAC, para su recuperación tanto física como mental. Es el proceso de educación que se imparte por el personal especializado a los pacientes con discapacidad o enfermedad mental. Es la educación con programa normal a menores de 5 años. Es todo el recurso humano que participa en los servicios que se otorgan en el CEAPAC
E2	Educación especial	
K3	Preescolar	
P4	Personal	
<i>Covariables de la variable independiente T1</i>		
Ítem	Covariable	Definición de la variable
1	Servicio	Son los diferentes servicios que ofrece el CEAPAC
2	Entrevista	Quién es que le practicó la entrevista
3	Información	Si se otorga la información clara y concisa
4	Evaluación	Si practican la evaluación
5	Tratamiento	Si la explicación del tratamiento es clara
6	Personal	Si considera que el personal que le atiende está capacitado
7	Constancia	Si el tratamiento que recibe es en forma constante
8	Expectativa	Lo que espera el usuario del servicio que recibe

9	Logros	Cómo consideran los padres que pueden lograr sus expectativas con relación al servicio que solicitan
10	Avances	Los avances que han notado tanto los padres, familiares o el mismo personal de CEAPAC en el tratamiento del paciente
11	Actividades	De acuerdo a las actividades de terapia física que se desarrollan con cada paciente
12	Sesiones	Si recibe indicaciones por el terapeuta durante las sesiones que tiene el paciente
13	Duración	Cuántas sesiones recibe durante una semana
14	Indicaciones	Si el paciente recibe las indicaciones en una forma precisa y clara
15	Orden	Las indicaciones las sigue tal como se las indican en el CEAPAC
16	Comunicación	La comunicación y el trato que se tiene con la terapeuta hacia el paciente
17,18, 19	Trabajo	La continuidad que se tiene en el trabajo que se realiza en forma integral hacia el paciente de acuerdo a las actividades que se realizan en el CEAPAC
20	Padre	Los padres se encuentran enterados, son responsables, así como si participan en el pago de la cooperación del tratamiento, además de quién son los que los llevan para que se realice su terapia física
21	Pláticas	Reciben pláticas o asesoría por parte del personal acerca de su padecimiento
22,23	Terapia	Existe el espacio suficiente para realizar todas las terapias que se requieren para el manejo y tratamiento de los pacientes
24	Absentismo	Ausencia del paciente o trabajador para el otorgamiento del servicio para el tratamiento que tiene que recibir el paciente
25	Ánimo	Cambio de actitudes o estado de ánimo del paciente cuando falta
26	Costo	Es accesible y posible el pago por los padres y quién lo realiza

Covariables de la variable independiente E2		
Ítem	Covariable	Definición de la variable
1	Igual T1.1	Quién le dio la primera información
2	Información	
3	Igual T1.2	
4	Igual T1.3	
5	Satisfacción	
6	Evaluación	Situación subjetiva, objetiva percibida por el paciente, familiar y/o trabajador dentro del proceso de la atención psicológica social integral que otorga el CEAPAC Se practicó algún tipo de evaluación en la educación especial que se imparte al paciente o usuario de este servicio
7	Igual T1.6	Los avances que tuvo el paciente de acuerdo a la educación especial que se imparte en el CEAPAC de qué tipo son; lentos, acelerados o acordes
8	Igual T1.7	
9	Igual T1.8 y 9	
10	Igual T1.7	
11	Igual T1.10	
12	Tipo	
13, 17	Área	
14	Responsabilidad	El lugar en donde se imparte la educación especial es agradable o pequeño u otro La madre qué rol de responsabilidad tiene a su cargo ante la atención
15, 21	Tarea	El padre participa en la elaboración de tareas
16	Igual T1.21	Se notan retrocesos de los tratamientos y manejos que tiene el paciente, percibidos por familiares y de acuerdo a los conocimientos del personal que los atiende
18, 19	Igual T1.24	
20	Retroceso	
22	Igual T1.26	
23	Pago	Quién es que proporciona el pago del tratamiento del paciente
24	Participación	Los padres o familiares responsables de su hijo participan y cooperan en las actividades del CEAPAC
25	Igual T1.1	

Covariables de la variable independiente K3

Ítem	Covariable	Definición de la variable	
1, 9	Igual T1.1	Está con relación a los avances de mejoría o retroceso de la atención que recibe el paciente dentro de los procesos de los diferentes servicios que se le otorgan	
2	Igual T1.3		
3, 4	Igual T1.2		
5	Igual T1.25		
6	Igual T1.4		
7	Igual T1.6		
8	Igual T1.17, 18, 19		
10	Igual T1.9		
11,15, 20	Igual T1.10		
12	Proceso		
13	Igual E2.14		La relación entre la maestra y el paciente
14	Igual E2.15, 21		
16	Trato		
17	Igual E2.13, 17		
18, 19	Igual T1.25		
21	Igual T1.21	El costo de la atención del servicio es factible de que se cubra fácilmente por los padres o familiares responsables del tratamiento de su paciente en el CEAPAC	
22	Accesibilidad		
23	Igual E2.22	Los padres o familiares tienen reuniones frecuentes sobre su evolución del paciente	
24	Reuniones		
25	Dudas	Cuando existen dudas del tratamiento por parte de los padres con quién acuden	
26	Cooperación	Cooperan los padres, familiares o personal en los eventos de la organización	
27	Igual T1.1	Conoce y utiliza todos los servicios que proporciona el CEAPAC	
28	Utilización		
29	Razones	Motivo por el cuál solicitó los servicios del CEAPAC y si lo recomendaron	

Covariables de la variable independiente P4

Ítem	Covariable	Definición de la variable
1	Igual T1.1	A qué tipo de población se dirigen los servicios
2	Igual E2.13, 17	
3	Población	
4	Difusión	Se requiere de difusión del servicio
5, 6	Medios	A través de qué medios se realiza esta difusión
7	Resultados	Qué tipo de resultados se han obtenido
8, 9	Igual T1.3	Está en relación con el tiempo y fechas que ha tenido de tratamiento de acuerdo a su recuperación
10, 11	Igual T1.4	
13	Igual T1.8	
14	Igual E2.13, 17	
15	Igual T1.16	
16	Igual K3.12	
17, 20	Igual T1.17, 18, 19	
18,19, 26	Tiempo	
21	Igual T1.10	
22	Igual T.1.20	
23	Estimulación	Es en relación con los estímulos que se le proporcionan a los menores de 5 años que reciben en el CEAPAC
24	Resultados	Tipo de resultados que se obtienen con relación al manejo integral del paciente
25	Asesoría	Tipo de asesoría que se imparte
27	Compromisos	Se relaciona a los compromisos que tiene el CEAPAC con los padres, familiares y el paciente que es atendido
28	Igual T1.10	Con relación a su asistencia a citas
29	Puntualidad	
30	Aprovechamiento	
31	Diálogo	La puntualidad repercute en los tiempos que se otorgan para su manejo y tratamiento del paciente Existe información hacia los padres sobre el aprovechamiento de sus hijos

32	Actitud	La actitud que muestra de acuerdo al otorgamiento del servicio tanto al paciente como a los padres o familiares
33	Igual E2.13, 17	
34	Actividades	El personal realiza otras actividades que no sean académicas en beneficio del paciente
35	Respuesta	Tipo de respuesta que se da con relación al otorgamiento del servicio
36	Trato	El trato hacia el alumno es agradable y cordial
37	Resultados	Con relación a los resultados que se obtienen durante el manejo integral del paciente
38	Competente	Competencia de responsabilidad del personal de acuerdo al tratamiento otorgado
39	Factores	Con relación a los factores que propician satisfacción en el trabajo que desempeña el personal del CEAPAC
40	Criterio	De acuerdo a los criterios que se consideran para establecer el pago de servicio
41	Problema	Existe problemática para realizar el pago de servicio
42	Satisfacción	Está en relación con la satisfacción que obtiene el personal al realizar su trabajo
43	Programa	Cumplimiento de los programas por el personal
44	Elaboración	Quién elabora los programas
45	Autorización	Quién autoriza los programas
46	Indicación	Sigue el personal las indicaciones que recibe por el director de la organización
47	Actitud	Mostrada hacia lo que realiza el personal en su trabajo
48	Beneficio	Qué beneficio social ofrece el trabajador hacia la comunidad
49	Capacitación	El personal se capacita en forma constante y permanente
50, 51	Práctica	Pone en práctica los conocimientos de la capacitación que recibe
52	Trabajo	Da seguimiento a su trabajo el personal durante su desempeño

53	Tratamiento	Otorga un tratamiento en forma específica y en forma permanente para algún caso especial
54, 56	Reporte	Entrega reportes periódicos y en forma permanente de sus actividades que realiza dentro de la organización
55	Reporte de actividades	A quién le reporta sus actividades
57	Evaluaciones	Elabora evaluaciones en forma permanente de sus actividades
58	Dudas	Si tiene dudas con respecto a la realización del trabajo que desempeña, a quién acude
59	Decisiones	La toma de decisiones que tiene que realizar cómo la hace
60	Reuniones	Cada cuando realiza reuniones de trabajo
61	Puntualidad	Cómo es la puntualidad del trabajador
62	Igual T1.24	
63	Relaciones	Qué tipo de relaciones se generan en su trabajo
64	Conflictos	Ha tenido problemas para realizar su trabajo
65	Grupos	Se estructuran grupos de trabajo en el CEAPAC
66	Tipo de grupo	De qué tipo son los grupos
67	Repercusiones	El trabajar en grupos tiene algún tipo de repercusión en el desarrollo de su trabajo
68	Disposición	Existe disposición para el desarrollo de su trabajo
69	Satisfacción	Existen factores que impidan que desarrolle su trabajo con satisfacción, cuáles son

Se consideran las establecidas y normadas por parte del CEAPAC, de acuerdo a sus manuales de procedimientos, así como de los indicadores ya propuestos, y la guía para el desarrollo de los programas relacionados con la atención PSICOLÓGICA SOCIAL, a menos que el investigador considere pertinente, realizar ajustes durante el proceso de la investigación, realizando una aclaración del motivo de su definición de la variable a utilizar, bajo el contexto de homogeneizar las variables de acuerdo al modelo propuesto. Así como de la revisión de la información para la elaboración del marco teórico y conceptual.

Ponderación de las variables.

De acuerdo al procesamiento de datos, así como al uso de las herramientas estadísticas con que se procesó para la evaluación y análisis de los resultados, la respuesta fue codificada en forma dicotómica:

0 : Se consideró cuando no se contestó la pregunta

1 : Se contestó sí a la pregunta

independientemente de que las variables fueran nominales, ordinales, de razón o dicotómicas, según su escala de medición.

La ponderación de la escala fue considerara en porcentaje, en una escala de:

70 % mal otorgamiento de servicio

80 % regular otorgamiento de servicio

90 % buen otorgamiento de servicio

100 % excelente otorgamiento de servicio

de acuerdo al tratamiento estadístico que se aplicó, con los indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y oportunidad de servicio, sin dejar de considerar, que esta ponderación de escala estará en razón a los ítems, consideradas a cada una de las variables consideradas, para la investigación, que de alguna manera, al procesar ésta, en paquete estadístico SPSS*, se lograra el porcentaje de acuerdo a lo establecido por parte del investigador, sin dejar de

transformar ésta de acuerdo a los parámetros establecidos en el CEAPAC, y que tenga una interpretación clara y precisa por los tomadores de decisiones.

Porcentaje de preguntas por categoría de escala de medición.

Nominal en 70 %

Ordinal 3 %

Razón 3 %

Dicotómicas 24 %

4.7 Medición de las Variables de Acuerdo al Instrumento.

Los instrumentos para recolección de datos que se elaboraron y se utilizaron para realizar la investigación fueron cuatro encuestas:

1. Preescolar (K)
2. Educación Especial (E)
3. Terapia física (T)
4. Personal (P)

Los cuestionarios se encuentran en el anexo E. Sirvieron para medir el problema a analizar y reunieron las siguientes características:

Preescolar (K) : inicialmente con 35 ítems, y de acuerdo a la estructura y contenido de lo que se pretendía investigar, por lo que durante el levantamiento de los datos y su reestructuración quedó con 29 preguntas con un tiempo de respuesta máxima de 25 minutos.

Educación especial (E) : inicialmente con 32 ítems, y de acuerdo a la estructura y contenido de lo que se pretende medir en el problema analizado, por lo que durante el levantamiento de los datos y su reestructuración quedó con 25 preguntas con un tiempo de respuesta máxima de 20 minutos.

Terapia Física (T) : inicialmente con 38 ítems, y de acuerdo a estructura y contenido, así como a la aplicación durante el levantamiento de los datos se reestructuró y quedó con 28 preguntas, con tiempo de respuesta máxima de 20 minutos.

Personal (P) : inicialmente con 80 ítems, de acuerdo a la estructura y contenido de lo que se pretende medir y con el levantamiento de los datos su reestructuración quedó con 69 preguntas con un tiempo de respuesta máxima de 40 minutos.

Cada uno de estos instrumentos fue estructurado y elaborado con la más cuidadosa metodología para la estructuración y elaboración de instrumentos que están dirigidos a pacientes, familiares y trabajadores del CEAPAC, con el apoyo y la participación de expertos en la materia y el personal de CEAPAC, de acuerdo a los servicios que se otorgan en esta organización, así como con la tenacidad, persistencia y conocimiento del investigador, estando estructurados y contruidos de acuerdo a la naturaleza y metodología del estudio, para obtener la información requerida para la evaluación y con suficiente potencial para descubrir nuevos enfoques de investigación.

Inicialmente fueron encuestas que requirieron de una serie de ajustes por el tipo de variables que se consideraron en la investigación, por lo que se llevó aproximadamente seis meses para su estructuración y ajuste de las preguntas, previamente con la aplicación de una prueba piloto de una muestra de 10 elementos a investigar, lo que permitió revelar a través de una correlación de Pearson, con valores que fluctuaban de .555, .640, .870 en forma respectiva, lo que motivó en considerar que estos instrumentos contenían lo que se pretendía evaluar en el problema de estudio a investigar.

El levantamiento de los datos fue también en un período de medio año, con el apoyo del personal del CEAPAC, en donde se logró un levantamiento del total de la muestra que se había determinado.

Uno de los objetivos principales de estos instrumentos es la de recopilar la información sobre las variables dependientes e independientes, los cuales plantean preguntas sobre la investigación que se realiza.^{124 125 126}

¹²⁴ Hernández Sampieri R., Metodología

¹²⁵ Gómez F., Pérez N., 1987, El diseño de la investigación Social, México, pp. 20-150.

¹²⁶ Goode, W. J., Hatt, P. K., 1985, Métodos de investigación social, pp. 19-85.

4.8 Unidad de Análisis.

Los sujetos u objetos de estudio son:

- Pacientes o usuarios con enfermedad mental y/o discapacitados.
- Padres y/o familiares.
- Personal trabajador del CEAPAC.
- Servicio de atención psicológica y social en CEAPAC.

Lógico es que estas unidades de análisis se toman en cuenta de acuerdo a cada instrumento de medición aplicado dentro de la investigación y sobre todo considerando la metodología planteada para obtener los datos durante el levantamiento de estos y el procesamiento o tratamiento estadístico, sin pretender medicar en forma específica a cada uno de ellos, ya que no se debe olvidar el enfoque psicológico social con el que se está trabajando.

4.9 Descripción de la Población.

El número de usuarios actualmente en el CEAPAC oscila entre doscientos y ciento ochenta personas que acuden a los servicios de terapia física, acupuntura, dental, educación especial y preescolar (véase organigrama en anexo A). De lo anterior se eligieron para esta investigación los que acuden a los servicios de preescolar, educación especial y terapia física, además de las personas que constituyen el personal.

Preescolar

El servicio de preescolar se integra de 40 niños, distribuidos en tres grupos, sólo matutinos.

Educación especial

Con respecto a la educación especial, el CEAPAC cuenta con un total de 61 niños distribuidos en cuatro grupos, dos matutinos y dos vespertinos.

Terapia física

La población con la que cuenta este servicio del CEAPAC es un total de 19 niños en cada uno de dos grupos, matutino y vespertino.

Personal

Son un total de 20 personas con puestos de educadoras, psicólogas, secretarias, dentista, acupunturista. Se les hizo una entrevista exhaustiva para poder evaluar la calidad y el funcionamiento del CEAPAC y su compromiso con el trabajo que efectúan para la población mencionada.

4.10 Muestra

Una vez seleccionada la unidad de análisis, se procedió a la delimitación de la población que será estudiada, y sobre la cual se pretende generalizar los resultados, por lo que para este estudio se trabaja con un muestreo de tipo:

Determinístico, con determinación de variables incluyentes y excluyentes, según el caso y el tipo de elemento a analizar.

Cada grupo evaluado y analizado dependió de las condiciones y número de población que se maneja en el CEAPAC, así como se consideraron a los pacientes que son más asiduos en cuanto a su atención integral.

Con este muestreo se permite obtener la mayor información a un menor costo, dado por las siguientes razones:

1. Dada la situación ponderal de determinación de la muestra, por el tipo de población que maneja.
2. Es más fácil supervisar el trabajo, ya que se puede revisar por separado.
3. Permite obtener estimación de parámetros para cada caso, de acuerdo a las variables seleccionadas en la investigación.
4. El costo fue bajo.

Ya que el objetivo de un diseño de muestreo es determinar el método de selección de la muestra, el investigador es quien debe decir cual es el muestreo

adecuado en cada caso, para obtener la información necesaria a un costo mínimo.^{127 128 129 130 131}

4.11 Recolección de los Datos.

Una vez seleccionado el instrumento de medición, así como el modo de aplicación del mismo, se procedió a la etapa de la recolección de los datos, aplicándose en todos los elementos de la muestra, o unidad de análisis seleccionado, a los cuales se encontró, dado que se midió en un sólo tiempo, con el 100 % de contestaciones de los reactivos elaborados. El cuestionario se llenó por un encuestador previamente capacitado y en el caso de existir duda se solicitó asesoría al responsable de la investigación.^{132 133}

4.12 Prueba Piloto para Validez y Confiabilidad del Cuestionario

El cuestionario se probó mediante una serie de observaciones, opiniones, así como constructos, pruebas estadísticas, coeficientes de correlación, aplicando inicialmente una prueba piloto, en la cual se determinó el grado de correlación de los ítems y sus ponderaciones de las variables a investigar, lo que permitió hacer los ajustes necesarios al cuestionario, para que quedara lo más estructurado posible para medir el fenómeno que realmente se quiere medir. Una vez que el cuestionario estuvo totalmente reestructurado, se aplicó a la muestra seleccionada.

¹²⁷ Azoran, F., 1972, Curso de muestreo y aplicaciones, México, pp. 35-50.

¹²⁸ Cocaran G., 1971, Técnicas de muestreo, pp. 19-22.

¹²⁹ Gnadesikan, R., 1977, Methods for statistical data analysis of multivariate observations, p. 77.

¹³⁰ Simón-Dominguez N., 1987, Diseño de muestreo, un enfoque administrativo, México,

pp. 10-150.

¹³¹ Kerlinger F. N., 1981, Investigación del comportamiento, Técnicas y Metodología, México, pp. 50-122.

¹³² Pradwa, J., 1987, Métodos y Modelos de Investigación de Operaciones. Modelos Determinísticos, México, pp. 65-80.

¹³³ Siegal y Wolf., Man-Machine Simulación Model, New York, pp. 5-20.

4.13 Criterios de Inclusión y Exclusión

INCLUSIÓN

1. Todos los usuarios y/o pacientes que fueron seleccionados y que sus padres o familiares aceptaron participar en el levantamiento de los datos.
2. Todo el personal de CEAPAC que trabajaba durante el periodo de investigación.

EXCLUSIÓN

1. Todos los usuarios y/o familiares y padres que se negaron a responder las encuestas aun estando bajo tratamiento integral en el CEAPAC durante el período de estudio.
2. Los que hayan dejado de asistir durante el período de investigación.
3. Los trabajadores del servicio que se nieguen a contribuir en la investigación.
(No hubo).

4.14 Tratamiento Estadístico

Se utilizó estadística paramétrica y no paramétrica.

Paramétrica: media, frecuencia, porcentajes.

No paramétrica: Regresión lineal múltiple.

Este tipo de análisis estadístico, explica estadísticamente el comportamiento del problema, y aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas y al tipo de variables, considerando que son las pruebas que pueden demostrar resultados apegados a una realidad. Sin embargo, no se deja de considerar que probablemente algunas técnicas seleccionadas tendrán algunas desventajas, dado que el análisis será bajo un error tipo alfa o tipo I, con una significancia

estadística de $p < 0.05$ como máximo. Por supuesto esto está en relación con el modelo propuesto y dependiendo de la naturaleza de la investigación.

Los supuestos básicos de este modelo son muy similares a los del modelo univariado. Algunos de los principales supuestos son:

- El término del error está distribuido idéntica e independientemente a la distribución multinomial.
- El número de observaciones se requiere que sea mayor que la suma de variables dependientes e independientes.
- Las variables independientes deben estar exentas de multicolinealidad.^{134 135 136}

4.15 Procesamiento de datos

Toda la investigación se procesó bajo un lenguaje de cómputo, por lo que se tuvo cuidado de hacer lo relacionado a la estructuración de la metodología aplicada en el estudio, así como se consideró todo lo más elemental y en forma acuciosa del problema que se está analizando, ya que para el procesamiento tanto del documento como no documento, fue a través de diversos paquetes, considerando el equipo de cómputo como una herramienta importante y poderosa.

EL EQUIPO USADO

- Pentium IBM
- Impresora de tinta de inyección Canon
- Scanner HP de 5P

¹³⁴ Cuestiones Conceptuales y Metodológicas. La formulación de la pregunta y medición de la respuesta, 1989, México.

¹³⁵ Campell, T. D., Stanley, C. J., 1978, Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social, Buenos Aires.

¹³⁶ Diferentes tipos de estudios de investigación, México, 1988.

PAQUETES CON LOS QUE SE PROCESÓ TODA LA INVESTIGACIÓN

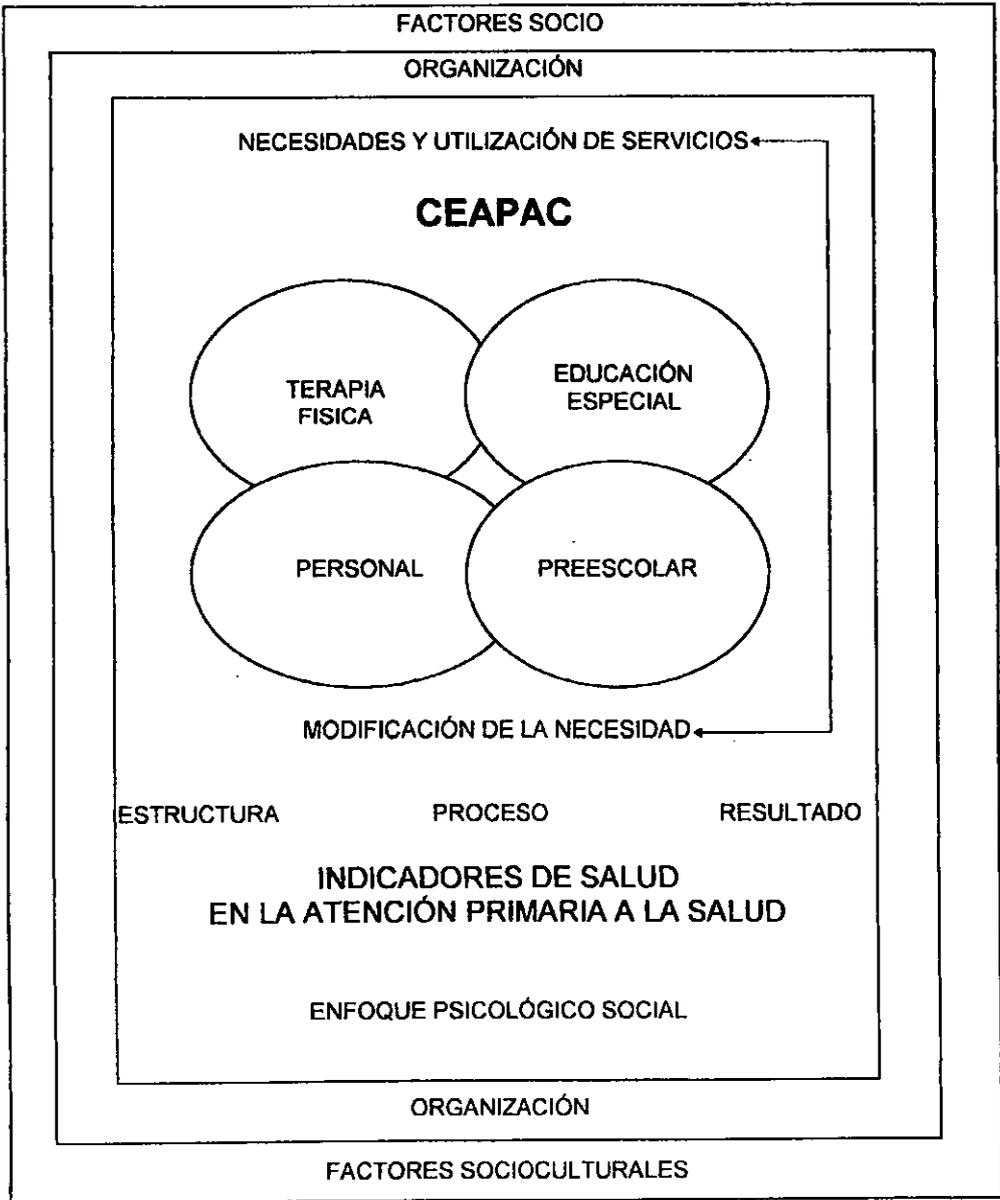
- Sistema operativo versión 6
- Windows versión 97
- Excel versión 97
- SPSS versión 5

4.16 Modelo Propuesto para la Investigación

Con respecto a la revisión del marco teórico se ha considerado que el modelo de evaluación de necesidad de servicio es el que sustenta este estudio, tomando en consideración los criterios y conceptos que se requieren para implantar un modelo homogéneo en forma hólística dentro de la organización no gubernamental, lógico es, sin pretender que éste sea algo en forma estricta y que se considere por las autoridades del CEAPAC.

La evaluación se hace según un modelo psicológico social, que consta del medio ambiente del entorno que tiene influencia tanto sobre el CEAPAC como sobre las familias de los usuarios y sus interrelaciones. Las relaciones dentro de la organización tanto como dentro de las familias también influyen sobre el funcionamiento del centro y la satisfacción del usuario. Este modelo, que se demuestra en la figura 5 tiene que servir para obtener y simular la solución del problema, así como para desarrollar en el diagnóstico el pronóstico del sistema, siendo necesario tomar en cuenta la disponibilidad de la información incluida en la metodología antes referida.

FIGURA 5 MODELO PROPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN
**EVALUACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
 EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**



5. RESULTADOS

Los cuestionarios se encuentran en el Anexo E. Para cada uno de ellos hay formularios que enseñan la captura de los datos y cómo se procesaron en EXCEL y estos se encuentran en el anexo F. Se calcularon los porcentajes de las contestaciones y algunos de los más importantes están descritos en lo siguiente. Un aspecto que el personal de CEAPAC considera importante es conocer cual es el uso de los servicios y cómo se aprecian por los padres de familia y los niños.

Tomando en cuenta las variables, que tuvieron mayor correlación para el análisis de los resultados para las cuatro áreas evaluadas, llama la atención que fueron servicio, entrevista, información, evaluación, tratamiento, constancia, logros y avances, padres de familia, terapia, costo, accesibilidad, utilización, responsabilidad y satisfacción. Aparte hubo otras condiciones que también pueden considerarse como importantes, ya que se obtuvo más del 70 % de beneficio para los usuarios.

K 1 Preescolar

El campo de trabajo del jardín de niños en el CEAPAC, enfrenta una dinámica distinta, en vista de que los niños que lo integran, son los llamados "normales", de allí su diferencia en el proceso de conformación de la individualidad y de la participación de los padres.

Buscan y piden información sobre como funciona la escuela en un 83%.

La secretaria dio la información en 72%.

La información fue precisa en un 61%.

La evaluación del niño se hizo en el 44%.

Fueron atendidas por personal capacitado un 95%.

Se les expuso y explicó la forma de trabajo a un 78%.

Han encontrado acelerado el proceso en un 76%.

La madre es la responsable en el proceso educativo alcanza un 67%.

Las tareas de educar y apoyar al niño resultan agradables y sencillas para la mayoría de las mamás y participan en ellas en un 75%.

El espacio del salón de clases lo consideran amplio en un 59%.

El apoyo que dan las educadoras a los padres de familia es de un 59%.

El costo se considera accesible en un 90%.

Las consultas que realizan las mamás son con las maestras en un 96%.

La participación y cooperación no es como en las otras áreas de 100%.

Dice que conoce todos los servicios que ofrece el CEAPAC un 50%.

Un aspecto muy importante en el programa que llevan las educadoras es la distribución de un alimento cereal en base de amaranto, nueces, almendras, miel, polen y avellanas como alimento complementario en la hora de lunch, lo que ha contribuido a superar algunos rezagos de anemia en los niños.

E 2 Educación Especial

La información fue clara en un 96.25%.

Se eligió el CEAPAC por un buen trato y las formas de enseñanza en 55%.

La relación con el conocimiento de la evaluación es de 55%.

Asisten con constancia un promedio de 55%.

Depositán la responsabilidad en la maestra en un 66%.

A pesar de su condición en el hogar, la madre se ocupa de su hijo en 47%.

El servicio del CEAPAC incluye asesorías o pláticas a los padres en el 52%.

La inclusión del padre en la educación del niño es muy escasa en un 21%.

Con respecto al inmueble los padres consideran los salones agradables en 90%.

El costo del servicio, en realidad lo consideran accesible en un 89%.

El pago se hace por el padre en un 62%.

T 3 Terapia física

La recomendación de otras instituciones funciona en un 100%.

En este tipo de servicio la participación de los padres es de 83%.

El conocimiento de las características del niño es del 50%.

Contrariamente declaran que su compromiso es de 100%.

En estimulación y ejercicios físicos participan los padres en el 67%.

El trabajo en la terapia física las madres lo consideran agradable en un 84%.
La presencia de la terapeuta que da indicaciones es en un 100%.
Las instrucciones son claras en un 100%, pero no excluye que las cumplan sólo un 83%.
Existe una continuidad del tratamiento en el hogar, el que sí se realiza en un 83%.
En ese sentido, encontramos que éste servicio demanda mayor atención y apoyo a los padres, para realizar una mejor optimización en resultados con los niños de terapia física.

La organización no representa obstáculos, sólo en el campo de la integración y participación de los padres en el espacio familiar habría que cambiar la estrategia o buscar otro mecanismo para la creación de vínculos afectivos, de trabajo académico o de integración y aceptación.

P 4 Personal

Algunas de las respuestas ilustran su opinión del trabajo y el compromiso que tienen.

Se pensó que el servicio se da por solicitud de la comunidad por un 63%.
El servicio es abierto a cualquiera que lo solicite consideró un 73%.
La difusión de su trabajo la hace el usuario en un 73%.
La propaganda que se realiza ha tenido buenos resultados en un 75%.
A los usuarios se le hace evaluación sólo en un 77%.
Su cumplimiento se da en un 100%.
Con experiencia de 1 a 10 años en un porcentaje de 67%.
Los entrevistadores dominan su campo y entregan información en un 100%.
Se da información sobre fechas o tiempos de recuperación sólo si los padres preguntan en un 67%.
Este aspecto de la información se da conforme a las expectativas de los padres y la definición de los tiempos dependerá de 1) el niño 75% 2) del trabajo de la maestra, padre y niño 25%.
Los medios que se usan son la terapia de juego y musicoterapia en un 33%, masaje, ejercicio y agujas en un 50% y material didáctico en un 17%.
El obstáculo principal son los propios padres consideran un 44%.

Deslindarse del problema es justamente la ruptura de una responsabilidad con el hijo que requiere de un 88% de atención y trabajo.

A los padres les gusta hacer los trabajos con el niño en un 77 %.

A pesar de lo anterior los trabajadores cumplen satisfactoriamente con su trabajo en un 100%.

Autorealización, y consideran que ellos ofrecen un beneficio social a la comunidad: ayudar a que los niños se integren a la sociedad un 72%.

Dentro del CEAPAC ven la posibilidad de crecer y de aprender acupuntura un 33%.

Esta expectativa se ha cumplido en un 88% del personal que ha recibido capacitación, mismo que han puesto en práctica un 100%.

Los cursos los ofrece el CEAPAC en un 85% por trabajos en la comunidad y un 15% a nivel individual si lo solicita.

Las maestras y psicólogas llevan un registro de su trabajo y entregan reportes a la responsable en un 100% cada dos meses y seis meses.

Sólo se hace una junta anual sobre el plan de tareas a cumplir, lo que representa un 50% y un 50% de reuniones para los festivales con los niños.

Eso no quita que un porcentaje de 33% ha presentado discrepancias.

Se aplicó de la estadística no paramétrica una correlación de Pearson en donde se obtuvo más del .799 y .850 de correlación entre variables, siendo la más baja correlación de .587 para la encuesta de (E). La mayor correlación se obtuvo con los instrumentos para (T) y (P). Se obtuvieron los siguientes resultados: Para la variable personal (P) una regresión múltiple con R múltiple de 91 %, R² de 82, ajuste de R² de 41, y un error estándar de 39, con una significación estadística de F=1.944. Para la variable terapia física (T): R múltiple de 93 %, R² de 88 %, ajuste de R² de 87, error standard de 3.1867, con F= 1.6325; para la variable educación especial (E) una R múltiple de 61 %, R² de 37, ajuste de R² 31, error standard de 24, F= 6.5382; y para la variable preescolar (K) el resultado de la regresión múltiple fue de R múltiple 88 %, R² de 78, ajuste de R² de 77, error standard de 19, y una significancia estadística de F= 4.4757, lo que muestra su fuerza y bondad de acuerdo a la prueba estadística aplicada, para las encuestas de terapia

física, preescolar, personal, con un 61 % para educación especial, con un error tipo alfa, por lo que se decidió aceptar las hipótesis de la investigación, y con un nivel de significancia del 95%, y una probabilidad de $p < 5$, comprobándose los objetivos e hipótesis planteadas para este estudio, por lo que se considera que el servicio que se otorga es efectivo, eficiente con calidad y calidez de acuerdo a las necesidades y demandas de servicio que se proporcionan en el Centro de Estudio y Atención Psicológica, A.C. (CEAPAC).

Después de la gráfica que muestra cada uno de los cuestionarios que fueron aplicados por cada servicio evaluado y analizado (Fig. 9) siguen para cada servicio los resultados de la correlación de Pearson con sus respectivos explicaciones (Fig. 10 a 17). Luego se muestran los valores de correlación de la regresión múltiple para cada uno de los elementos analizados, con su explicación incorporada en Fig. 18 a 21. Se obtuvo para terapia física, personal y preescolar más del 90 % de R múltiple y más del 70 % de R cuadrada con un error de standard menor del 39 % y con un nivel de significancia estadística de $F < 5$.

Por lo anterior se concluye que de acuerdo de las hipótesis y objetivos planteados se corrobora la aceptación de las hipótesis en relación con los valores antes anotados y con el sustento de tipo metodológico que se aplicó para toda la investigación. Las variables que presentaron mayor ponderación y correlación en el procesamiento de los datos se encuentran el Anexo G.

GRÁFICA 7

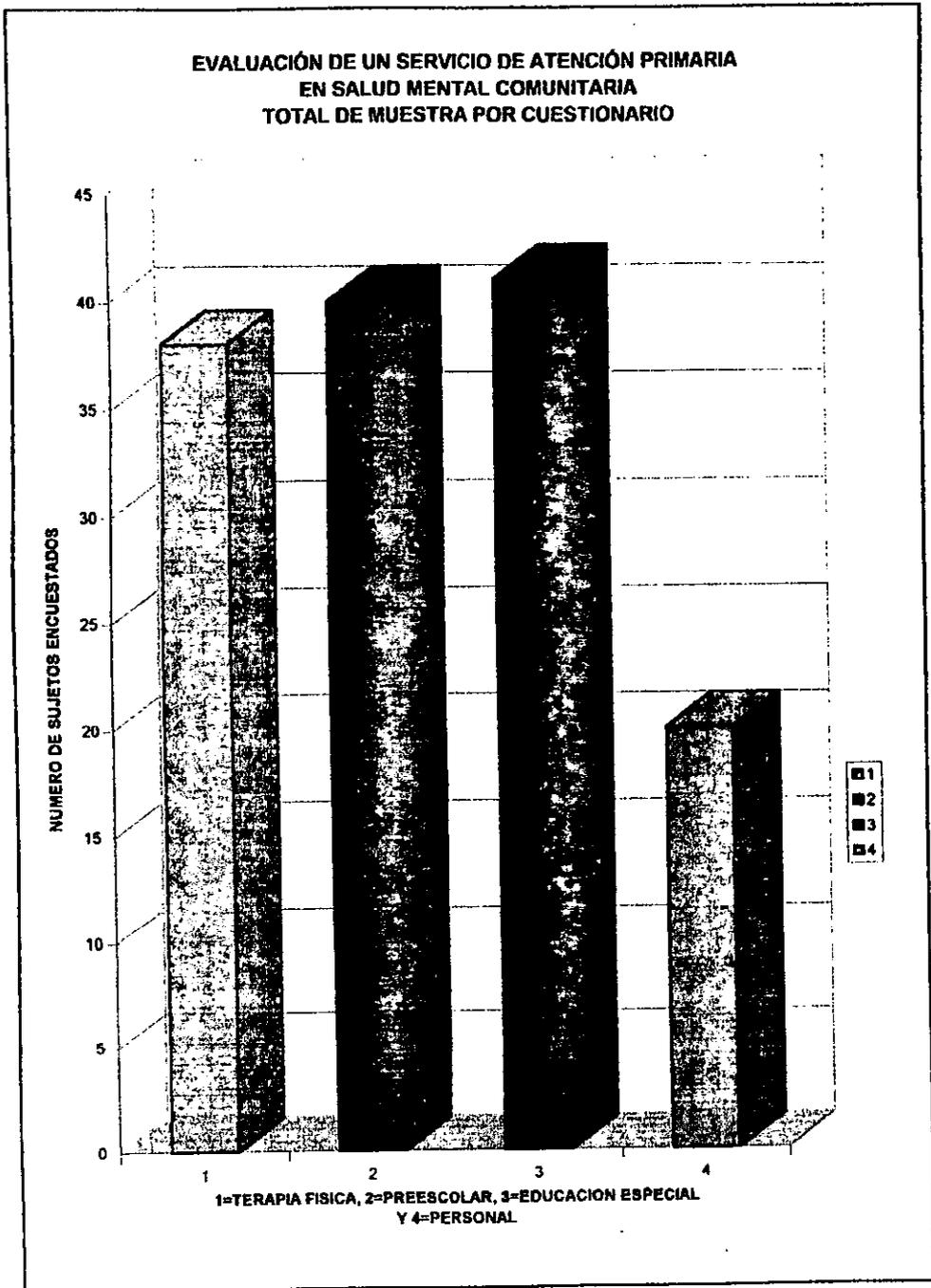


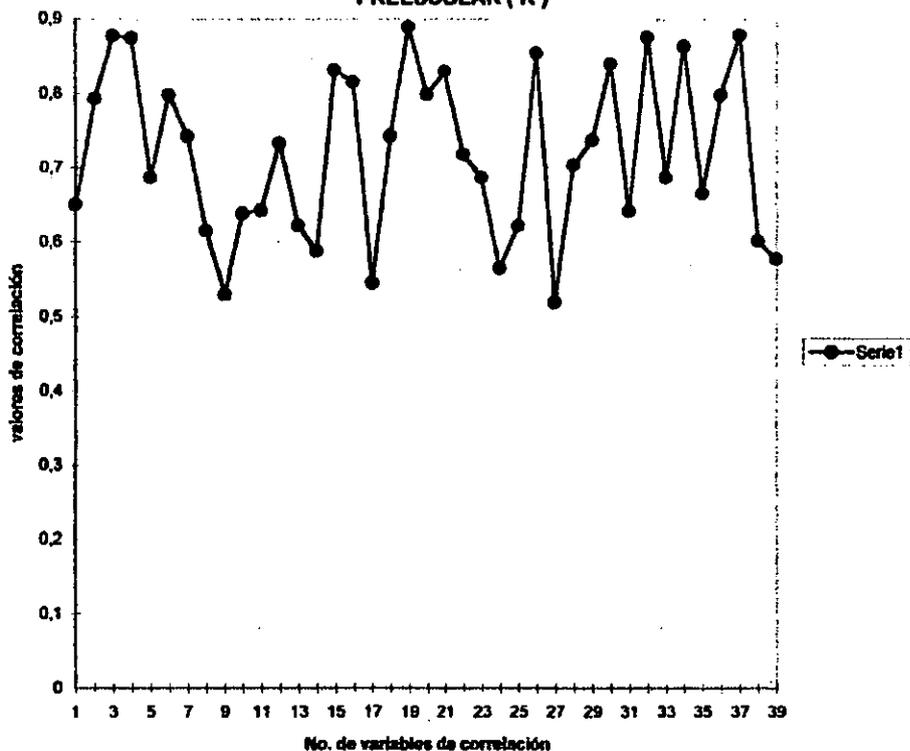
TABLA 1

**EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**

Coefficiente de correlación de Pearson en Preescolar (K)

K1A	K1C	0,651
K1A	K2A	0,793
K1A	K3A	0,878
K1A	K4A	0,875
K1A	K6A	0,687
K2A	K7A	0,799
K2A	K8A	0,744
K2A	K9A	0,616
K2A	K10A	0,53
K2A	K11A	0,639
K5C	K12C	0,644
K5C	K13A	0,734
K5C	K14B	0,623
K5C	K15A	0,588
K5C	K16A	0,832
K7A	K17A	0,816
K7A	K18B	0,545
K7A	K19A	0,744
K7A	K20A	0,89
K7A	K21A	0,799
K10A	K22A	0,83
K10A	K23A	0,719
K10A	K23B	0,687
K10A	K24A	0,565
K10A	K24B	0,623
K11B	K25A	0,855
K11B	K25B	0,52
K11B	K26A	0,704
K11B	K27A	0,738
K11B	K28A	0,841
K15B	K28B	0,642
K15B	K28C	0,876
K15B	K29A	0,687
K15B	K29B	0,864
K15B	K29C	0,666
K28C	K1B	0,799
K28C	K2B	0,879
K28C	K7B	0,602
K28C	K9B	0,578

Fig. 11 **EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA PREESCOLAR (K)**



Esta gráfica muestra los resultados que se obtuvieron en la correlación de Pearson de los valores del cuestionario de preescolar en relación a las variables de mayor ponderación, significancia estadística y fuerza de cada una de ellas, ya que los valores que se observan son mayores de .555 para cada variable a estudio.

Y con ello se toma la decisión de aceptación de la hipótesis planteada para esta investigación.

H2 : A mayor aceptación de servicio con responsabilidad para la educación a los usuarios, se obtienen mayores beneficios para mejorar las condiciones de vida y salud de los pacientes.

H2 : $Y_1 > X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

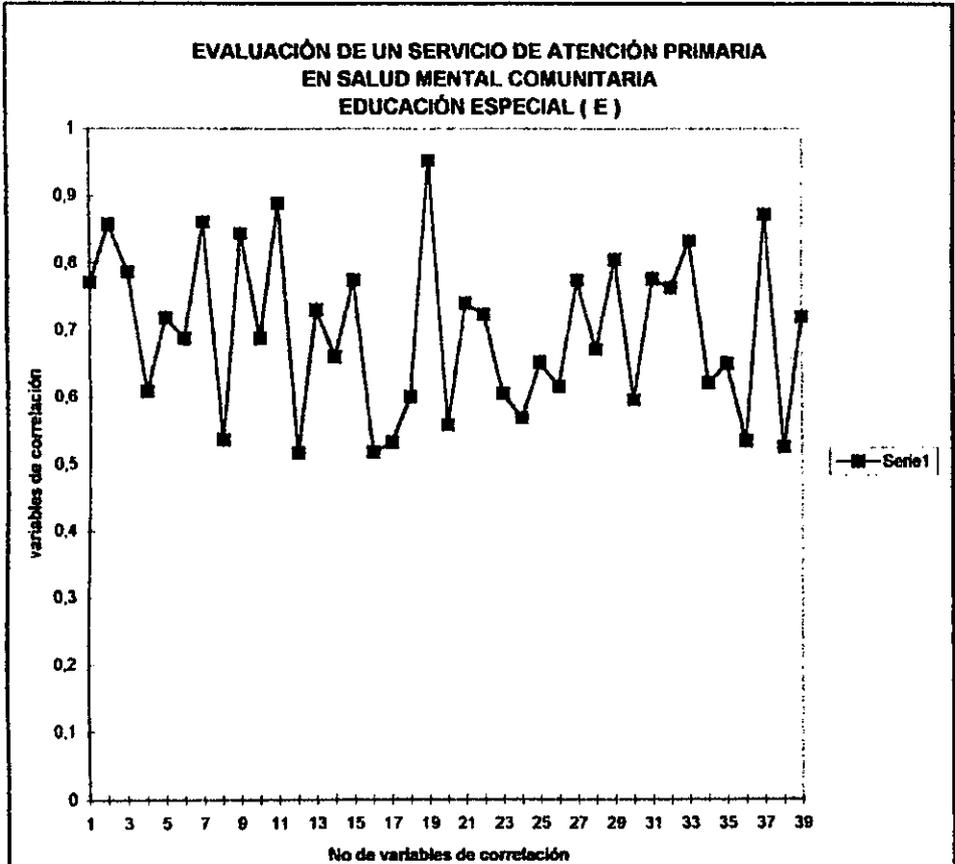
TABLA 2

**EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA**

Coefficiente de correlación de Pearson en Educación Especial (E)

E1A	E1B	0,772
E1A	E2A	0,858
E1A	E2B	0,787
E1A	E2C	0,609
E1A	E3A	0,719
E1A	E3B	0,688
E1A	E4A	0,861
E1A	E5A	0,536
E1A	E5B	0,844
E1A	E5C	0,688
E3A	E6A	0,889
E3A	E7A	0,517
E3A	E8A	0,731
E3A	E8B	0,66
E3A	E9A	0,775
E3A	E9B	0,518
E3A	E9C	0,532
E3A	E10A	0,601
E3A	E10C	0,952
E3A	E11A	0,558
E8B	E12B	0,74
E8B	E12C	0,723
E8B	E13A	0,606
E8B	E13B	0,569
E8B	E14A	0,652
E8B	E15A	0,616
E8B	E16A	0,774
E8B	E17A	0,671
E8B	E18A	0,805
E8B	E18B	0,596
E19A	E20A	0,776
E19A	E20C	0,763
E19A	E21A	0,833
E19A	E21B	0,622
E19A	E22A	0,651
E19A	E23B	0,534
E19A	E24A	0,872
E19A	E25A	0,525
E19A	E23A	0,72

GRÁFICA 9



Esta gráfica muestra los resultados en la correlación de Pearson de los valores del cuestionario de educación especial en relación a las variables de ,mayor ponderación, significancia estadística y fuerza de cada una de ellas ya que los valores que se observan son mayores de .555 para cada variable a estudio.

Y con ello se toma la decisión de aceptación de la hipótesis planteada para esta investigación.

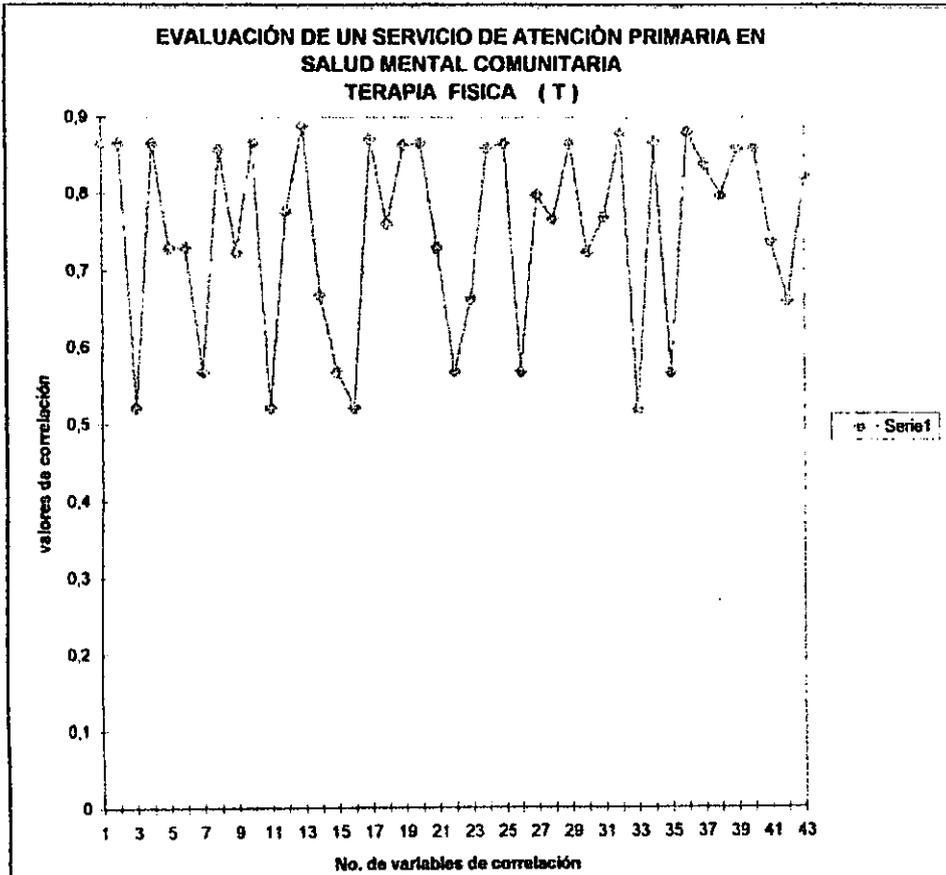
H3 : Del manejo y tratamiento así como de la asesoría e infomración que recibe el usuario para la eduación especial, será mayor el beneficio en cuanto a su recuperación para su adaptación en su entorno familiar y comunitario.

H3 : Y1>, X1, X2, X3,.....Xn

TABLA 3

EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA		
Coeficiente de correlación de Pearson en Terapia Física (T)		
T1A	T2A	0,866
T1A	T3A	0,866
T1A	T4A	0,521
T1A	T5A	0,866
T1A	T6A	0,729
T1A	T7A	0,729
T1A	T8A	0,568
T1A	T9A	0,857
T1A	T10A	0,723
T1A	T11A	0,866
T1A	T12A	0,521
T1A	T13A	0,777
T1A	T14A	0,889
T1A	T15A	0,668
T1A	T16A	0,568
T1A	T17A	0,521
T1A	T18A	0,871
T1A	T19A	0,76
T1A	T20A	0,863
T1A	T21A	0,866
T1A	T22A	0,729
T1A	T23A	0,568
T1A	T24A	0,664
T10A	T1B	0,86
T10A	T2B	0,868
T10A	T8C	0,568
T10A	T9C	0,798
T10A	T10B	0,766
T16A	T11B	0,866
T16A	TT15B	0,723
T16A	T22B	0,77
T16A	T26B	0,878
T16A	T1C	0,518
T26A	T6B	0,868
T26A	T16B	0,568
T26A	T19B	0,881
T26A	T20B	0,838
T26A	T21B	0,798
T20A	T25B	0,86
T20A	T7B	0,86
T20A	T4B	0,738
T20A	T3B	0,662
T20A	T23B	0,823

GRÁFICA 10



Esta gráfica muestra los resultados en la correlación de Pearson en los valores del cuestionario de terapia física en relación a las variables de mayor ponderación, significancia estadística y fuerza de cada una de ellas ya que los valores que se observan son mayores a .555 para cada variable a estudio.

Y con ello se toma la decisión de aceptación de la hipótesis planteada para esta investigación.

H4 : Contar con un modelo psicológico social de tipo comunitario con una metodología homogénea en el cuál el servicio que se otorga en el CEAPAC, se logrará medir el beneficio del servicio de terapia física en forma integral que se otorga en esta organización.

H4 : $Y_1 \neq X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

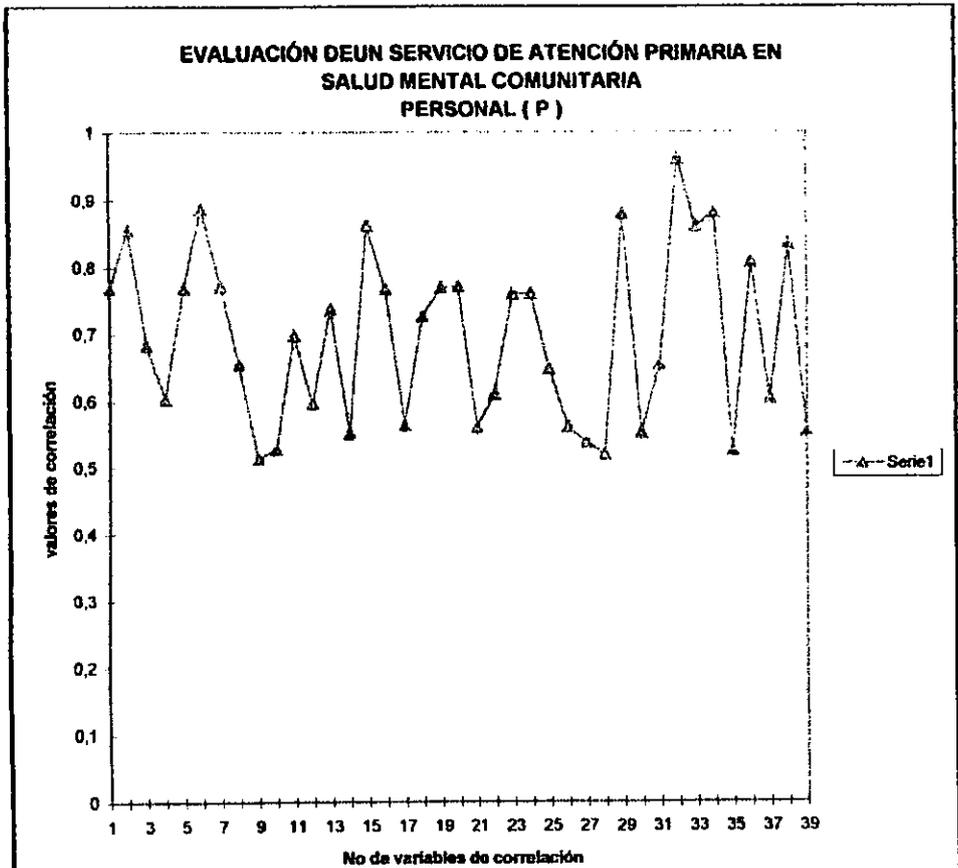
TABLA 4

EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Coefficiente de correlación de Pearson en Personal (P)

P1A	P2A	0,769
P1A	P3A	0,856
P1A	P4A	0,683
P1A	P5B	0,605
P1A	P6A	0,768
P2B	P7A	0,888
P2B	P8A	0,773
P2B	P9B	0,656
P2B	P10A	0,514
P2B	P11A	0,528
P8A	P13A	0,699
P8A	P14A	0,597
P8A	P15	0,737
P8A	P16A	0,553
P8A	P17A	0,862
P21B	P18A	0,767
P21B	P19A	0,565
P21B	P20A	0,726
P21B	P21A	0,769
P21B	P22A	0,771
P27C	P23A	0,5612
P27C	P24A	0,612
P27C	P25A	0,759
P27C	P26A	0,76
P27C	P27A	0,648
P33C	P28A	0,562
P33C	P29A	0,538
P33C	P30A	0,519
P33C	P34A	0,879
P33C	P36A	0,553
P34A	P38A	0,654
P34A	P42A	0,962
P34A	P45B	0,86
P34A	P49A	0,88
P34A	P55A	0,525
P58A	P60A	0,808
P58A	P62A	0,603
P58A	P67A	0,834
P58A	P69A	0,555

GRÁFICA 11



Esta gráfica muestra los resultados que se obtuvieron en la correlación de Pearson de los valores del cuestionario de personal en relación a las variables de mayor ponderación, significancia estadística y fuerza de cada una de ellas ya que los valores que se observan son de un valor mayor de .555 para cada variable a estudio.

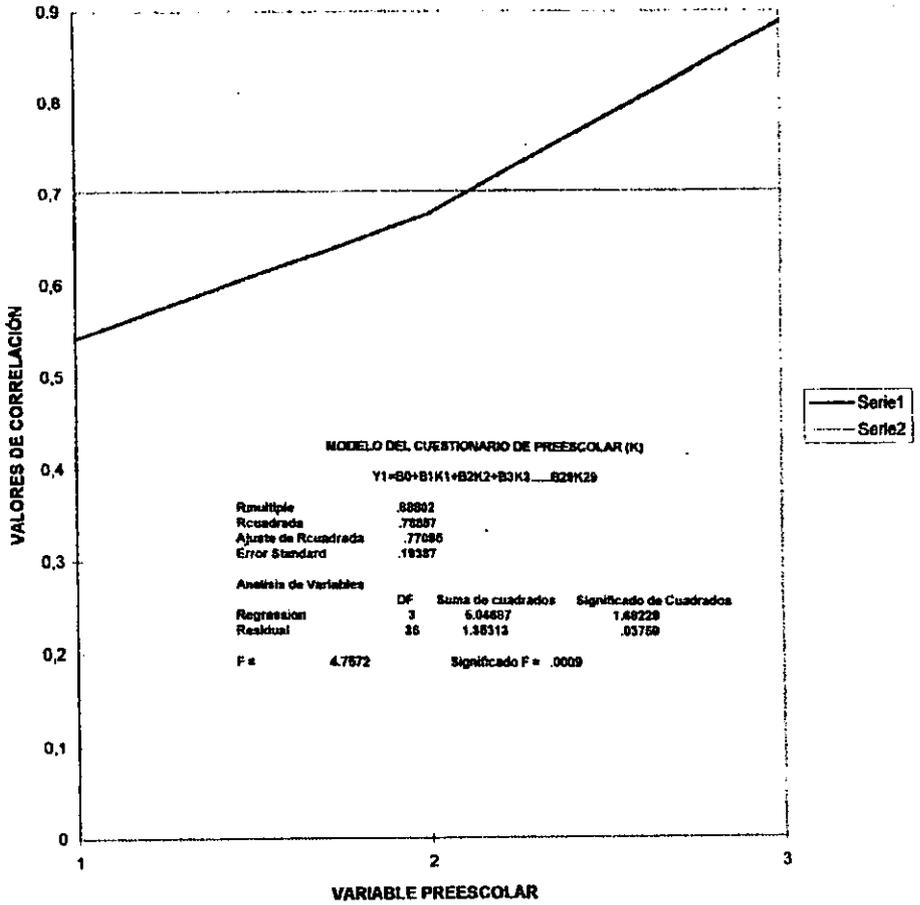
Y con ello se toma la decisión de aceptación de la hipótesis planteada para esta investigación.

H1 : el servicio que se otorga en el CEAPAC esta relacionada positivamente con la satisfacción del otorgamineto que reciben sus usuarios y personal trabajador.

H1: $Y_1 > X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

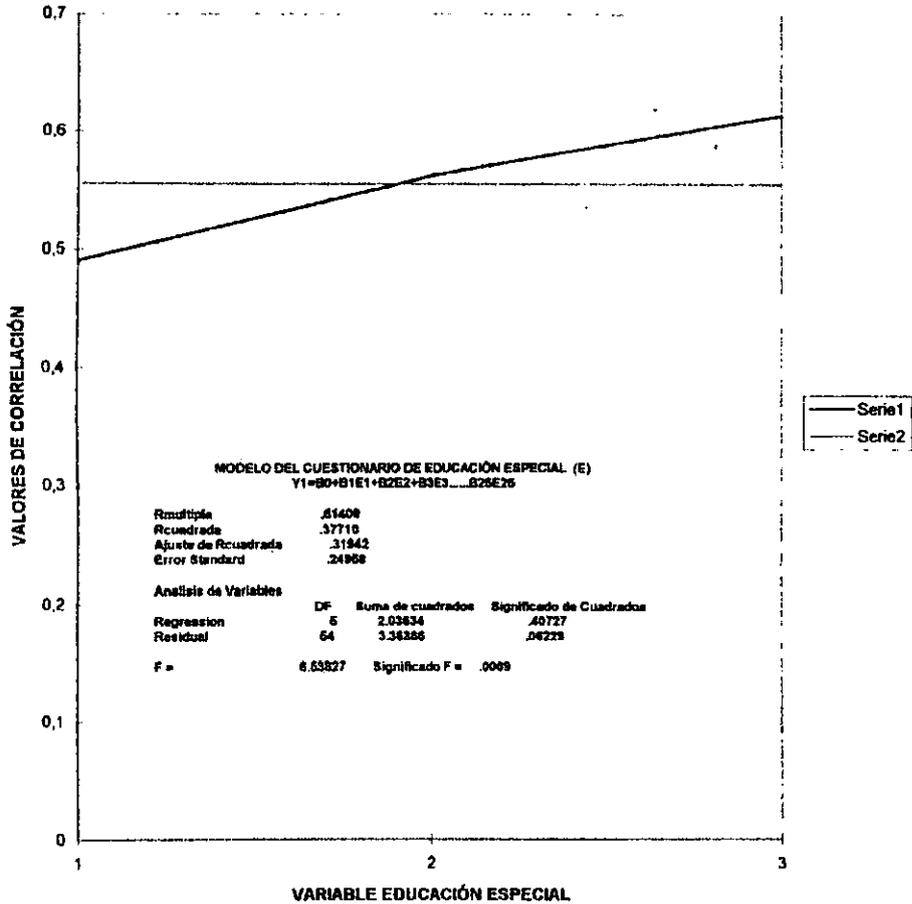
GRÁFICA 12

EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.



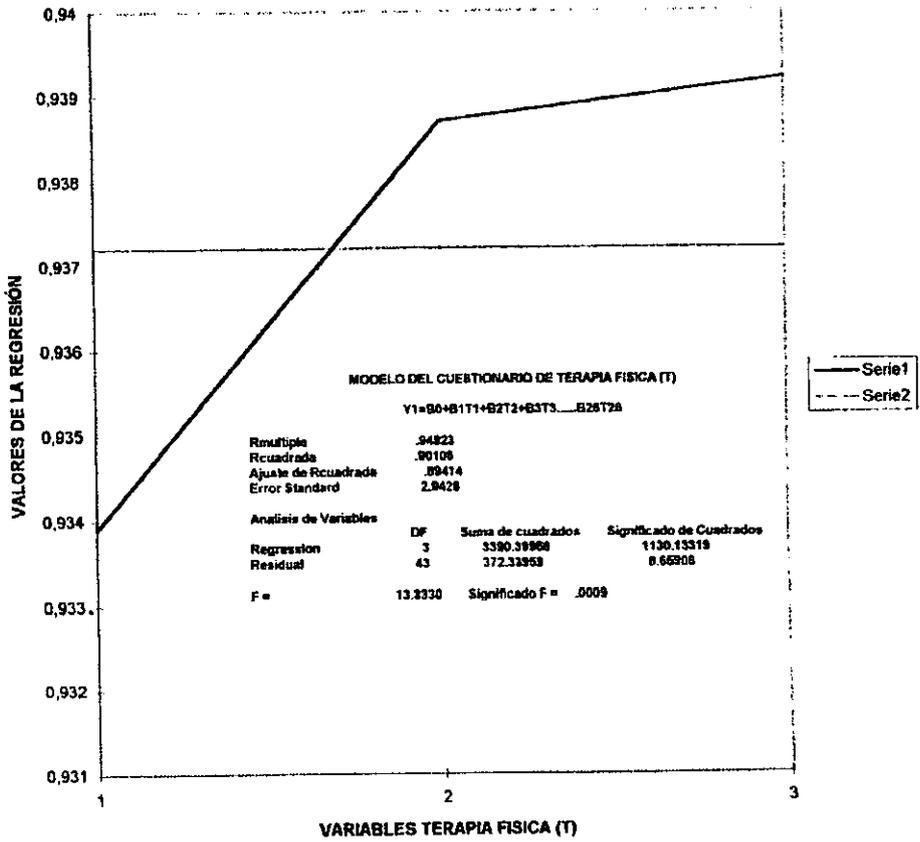
GRÁFICA 13

EVALUACIÓN DE UN SERVICIO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

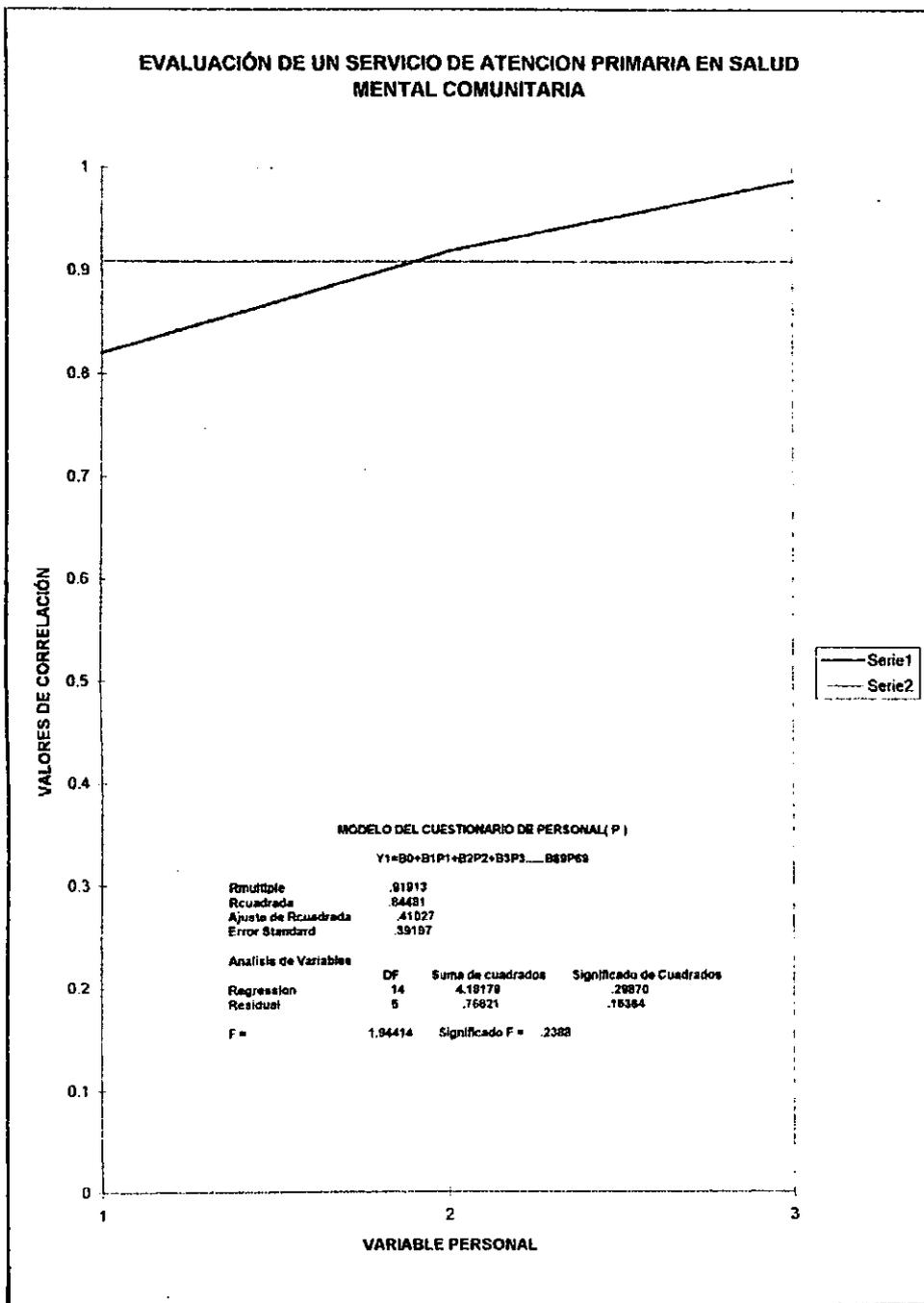


GRÁFICA 14

EVALUACION A UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA



GRÁFICA 15



6. ANÁLISIS DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Análisis de resultados

El análisis va encaminada a la búsqueda de propuestas para mejorar el funcionamiento del CEAPAC, para que siga brindando beneficios al usuario en cuanto a las necesidades de demanda y que pueda representar una alternativa dinámica dentro de los servicios de salud, poniendo de manifiesto su estructura organizacional para una evaluación permanente.

Los puntos más relevantes son los siguientes:

K1 Preescolar

- a. La población de los niños que acuden es heterogénea, enfrenta una dinámica distinta para cada uno de ellos, se les ha considerado como "normales", y esta condición los hace diferentes a los que reciben educación especial.
- b. La participación de los padres para este grupo es más activa (quieren lo mejor para sus hijos), buscan mayor información, además que los niños reciben mayor apoyo que los de educación especial.
- c. La información que se proporciona a los usuarios es más sencilla con menos tiempo y la reciben por parte de la secretaria en forma abierta.
- d. Con relación a las expectativas de los padres desean que aprendan los niños para que se superen y puedan mejorar sus condiciones de vida. La madre es el elemento esencial para el mayor apoyo en estos niños, sin dejar de considerar la educación que reciben por parte de los maestros.
- e. La maestra es la que tiene el trato directo con los niños y es la responsable de reportar los avances y los logros. Con eso la organización del CEAPAC en el grupo de educación preescolar tiene la distinción de un proceso de enseñanza-aprendizaje más dinámico.

E2 Educación especial

- a. El grupo de educación especial es la población más desprotegida socialmente, sin embargo, el CEAPAC realiza especial énfasis hacia los procesos familiares y busca soluciones hacia los padres para que otorguen mayor apoyo a sus hijos.
- b. A pesar de que el número de población que asiste es muy pequeño estos usuarios son canalizados de diferentes partes, tanto por recomendación de usuarios con experiencias del servicio como por los que son canalizados por otros organismos.
- c. Se corroboró, como en otros estudios de investigación, que los padres que tienen un hijo con una discapacidad mental o física lo nieguen, sin embargo, buscan la información, tratando de mejorar las condiciones de la familia y del niño.
- d. La información es un poco más específica y en su mayoría es proporcionada por la psicóloga, aunque en algunas ocasiones sí aceptan que la secretaria y/o otra persona les informen sobre el servicio proporcionado.
- e. Se observó que para este tipo de casos participa más la madre y que el padre se niega más al apoyo; sólo da apoyo económico.
- f. El servicio del CEAPAC, a través de la psicóloga y la maestra, constituye un vínculo de aprendizaje, socialización y de conducta.
- g. Son impactantes los beneficios que recibe este grupo, debido a la responsabilidad y constancia del personal del CEAPAC, con lo cual la satisfacción del usuario es verdaderamente real de acuerdo a sus opiniones y percepciones.

T3 Terapia Física

- a. La mayor atención de uso de servicio de acuerdo a la necesidad, se da a niños que padecen parálisis cerebral, con trastornos de socialización y algunos con

alteraciones psicomotoras. Su respuesta depende del número de sesiones y de su asistencia.

- b. En esta área las madres participan más que los padres y se interesan en obtener resultados en el campo físico.
- c. La percepción del trabajo de la terapeuta física es que tiene responsabilidad y profesionalismo, por lo que las madres lo consideran con gran beneficio para sus hijos. Sin embargo, esta terapia les resulta muy cansada y costosa.
- d. El espacio de la terapia física lo consideran como un lugar de convivencia, lo que favorece la socialización, lógico es, con el apoyo de la fisioterapeuta.
- e. En cuanto a las instalaciones consideran los usuarios que es un lugar agradable pero frío y que no cuenta con todos los recursos necesarios al cien por ciento.
- f. La calidad humana de la psicóloga, así como de la fisioterapeuta, la consideran como un factor importante en la calidad de servicio, y en este sentido existe mayor demanda por parte de los padres.

P4 Personal

- a. Es interesante considerar la participación de todo trabajador que con una remuneración económica baja realiza su trabajo con la mayor calidad y responsabilidad.
- b. La evaluación que realiza en forma permanente e integral el personal es para dar cumplimiento de todos los servicios otorgados a pesar de y en contra de falta de recursos, siempre buscando alternativas para mejorar el servicio.
- c. El personal participa en terapia de juegos, musicoterapia, masajes, acupuntura, elaboración de material didáctico, convivencias, siempre con la búsqueda de la integración de la triada niño – maestra – familia, utilizando los programas que tiene establecidos el CEAPAC.
- d. El personal considera que se debe fomentar mayor participación y responsabilidad de los padres.

e. El personal recibe el 88% de capacitación en forma permanente y se coordina en forma multidisciplinaria, de acuerdo a su sistema de organización de trabajo.

Considerando que el CEAPAC ha cumplido doce años de funcionamiento ininterrumpido, dando beneficios y buscando formas de organización que integren la comunidad, es importante que se hagan evaluaciones e investigaciones de su trabajo.

6.2 Conclusiones de la Evaluación

Se cumplieron los objetivos de evaluar y analizar el servicio de atención integral de tipo psicológicos que otorga el CEAPAC puesto que por medio de su personal y los usuarios se conoció su funcionamiento y algunas de las actitudes de ellos hacia el servicio.

De acuerdo a las hipótesis planteadas se puede concluir para H1 (*otorgamiento de servicio en CEAPAC, uso de servicio, satisfacción del otorgamiento de servicio tanto en usuarios como del personal*) que se logró un otorgamiento de servicio, a los usuarios que solicitan atención de tipo psicológico, educacional y de terapia física, con más del 80 % de aceptación tanto de los familiares, como de los padres que llevan a sus hijos, así como de la comunidad misma. El tratamiento estadístico mostró más del 90 % de satisfacción tanto para el paciente, padres y familiares, así como para el personal que muy efectivamente y con dedicación desarrolla sus actividades y funciones de acuerdo a cada manejo que requieren los pacientes.

Para la hipótesis 2 (*modelo psicológico social y comunitario, metodología homogénea, impacto y beneficio del otorgamiento del servicio en CEAPAC*) se puede concluir que en la correlación de las variables de acuerdo a cada instrumento que se aplicó, tanto para personal (P), terapia física (T), preescolar (K) y educación especial (E), cuando para cada uno de ellos se realizó en forma excluyente la correlación, se logró por medio de una correlación múltiple más del 80 % de impacto de beneficio en relación con los servicios que otorga el CEAPAC,

a excepción de la educación especial que fue de un 60 %, no con ello indicando peor servicio, sino que el resultado está en relación con las capacidades y desarrollo del paciente, ya que de acuerdo a su discapacidad física y/o mental es como puede obtener mejores beneficios, lógico es con el apoyo de sus padres y del personal. (Esto puede observarse por cada uno de las gráficas de correlación de cada elemento analizado).

En cuanto al impacto es poco lo que se puede demostrar dado el número de pacientes que atiende en relación con el dominio geográfico, no por ello, se deja de considerar que dentro de su tiempo de funcionamiento el CEAPAC, ha sido capaz de otorgar servicios a más de 2000 usuarios, de diferentes comunidades, siendo de una preocupación real por parte de los directivos y tomadores de decisión el que estos servicios se difundan, se expandan y sobre todo lleguen a todos los que requieran este tipo de servicio. Lo que sí se pudo comprobar es que los beneficios que han obtenido los usuarios de acuerdo a la demanda y problemas de salud fueron de más del 80 %, sin dejar de considerar que existen muchas limitaciones que tienen que superarse, ya que no es nada fácil obtener el apoyo de los padres tanto para la atención como de tipo económico.

Para las hipótesis 3 y 4 se encuentra que este servicio ha sido aceptado no sólo por el usuario, sino también por la comunidad. La responsabilidad es una situación que no sólo depende de la organización, ni del personal, sino es un conjunto de posibilidades por todos los involucrados para poder realizar mayores logros en cuanto a los beneficios de la atención que otorga el CEAPAC. Se comprobó en cada uno de los usuarios un mejoramiento de sus condiciones de vida y salud, no sólo individualmente, sino también en el ámbito familiar y en su comunidad dentro del manejo y tratamiento que reciben.

Se encontró que los padres de familia consideran que los servicios que les otorga el CEAPAC son de muy buena calidad. Sin embargo, aunque están contentos con el trato con el personal y encuentran sus explicaciones claras, no siempre es posible para las madres seguir en casa las indicaciones de las

terapeutas y las maestras. Esto no es por falta de responsabilidad, pero a causa de falta de recursos y tiempo. La mayoría no tiene apoyo de un padre del niño, y las que lo tienen sólo cuentan con un apoyo económico.

La heterogeneidad de la población infantil tiene sus ventajas para mostrar otro tipo de educación, la socialización entre las personas que comparten problemas afines. Ese aspecto de convivencia entre los niños "normales" y los "enfermitos" permite la creación de relaciones intersubjetivas muy significativas para los padres y para los niños, que a futuro podrán tratar y ver a otros niños con problemas de desarrollo sin tener miedo o pensar que es peligroso. Esta enseñanza de un centro así, es de vital importancia para la educación para la salud a largo plazo, especialmente con la población infantil. En el centro, los niños conviven sin estigmas sociales y no piensan que son marcados o rechazados.

En forma global se puede decir que la evaluación del CEAPAC demuestra que en una organización no gubernamental se puede efectuar un trabajo profesional que bien puede competir con aquél que se realiza en cualquier institución oficial que de servicio de primer nivel. También se ve que por su estilo y su forma de trabajo muy especial llena un espacio no cubierto por el sector oficial. Ha permanecido por más de diez años y le ha permitido sobrevivir a los embates de la crisis económica y política de la sociedad y ha abierto una posibilidad de participación en el campo de la salud mental o psicológica en los sectores de escasos recursos monetarios. La reconceptualización de estas organizaciones es un proceso que demanda mayor número de experiencias y de más diversidad de estrategias de acuerdo a la geografía y las culturas donde se suscriban pero recuperar esta experiencia es un primer paso en ese difícil camino de construir alternativas sobre la salud mental en la sociedad mexicana.

6.3 Consideraciones

Los resultados obtenidos en este estudio han permitido que las personas con las que se trabajó obtuvieran un cambio en sus vidas diarias, preocupándose

por su entorno social inmediato y su espacio geográfico. Esto les ha dado una perspectiva sobre su presente y futuro, que les permite reflexionar y cuestionar sobre su calidad de vida e integridad ante los demás, generando en ellos un sentimiento de solidaridad en su medio para no reproducir vicios y costumbres que sigan degradando sus vidas y sociedad.

Se deriva de la evaluación como una propuesta por parte del personal la creación de una estrategia de motivación y compromisos de trabajo entre CEAPAC y los padres de familia. Esto presenta la posibilidad de establecer una vinculación con el futuro del niño.

Desde luego hay que considerar que muchas mamás son solteras o abandonadas y en el mejor de los casos tienen esposo que no se compromete, sino que se suscribe a la tarea de traer el dinero para la comida y la escuela. La estrategia que se propone es la creación de grupos de apoyo mutuo sobre las experiencias en días que no hay actividad. Otra opción es buscar que algunos profesionales de la salud hagan su servicio social en el centro, o que el mismo CEAPAC realice convenios con otras instituciones, puesto que tiene la figura jurídica para poder realizarlo, estableciendo así un mejor servicio.

A partir de esta experiencia, se puede decir que la pobreza se identifica con un proceso sociohistórico que bien puede ser de orden crónico o de un proceso de desplanificación sistemática. El trabajo de la salud mental o psicológico contribuye a la construcción de expectativas de vidas diferentes y lleva a la persona a luchar por su preservación, su espacio social en donde reside y mejores condiciones de vida para ellos. Los profesionales de la psicología, en compañía de otros trabajadores de la salud y las ciencias sociales, pueden hacer una propuesta de trabajo, previo estudio del lugar. El propósito es evitar las generalizaciones y las absolutizaciones en el trabajo con los individuos, sus familias o la comunidad.

Hay que tomar en consideración, que las formas de vivir no son rígidas e inamovibles y que en cualquier lugar es posible hacer algo con los recursos que se cuentan. No sólo los individuos resolverán la pobreza, al Estado le incumbe la participación de combatir la pobreza pero no con la condicionalidad.

Cabe aclarar que la pobreza tiene diferentes manifestaciones, por lo que se debe identificar dos niveles; la física y la mental. Cuando ambas se juntan, los resultados son de pronósticos poco alentadoras para mejoras en la vida social del país, sobre todo en la obtención de mano de obra calificada, que pueda efectivamente combatir la pobreza. ¿Cómo se pretende que el pueblo tenga mejores individuos si aparte de no comer bien, no saben ordenar sus ideas sobre su vida personal y la de sus familias?

Por eso el CEAPAC propone trabajar ambos aspectos de la vida de la población, la estrategia de asistencia de cooperación se sustenta en el trabajar con las expectativas de los individuos, desarrollar un esquema de motivación para el trabajo colectivo, crear expectativas de acuerdo con el lugar de trabajo, donde los individuos se identifiquen con lo que se realiza. Combatir la pobreza por la falta de los servicios básicos y, a su vez, trabajar con mejorar las condiciones psicológicas y éticas de las personas y en su medio será el objetivo a vencer en este tipo de encrucijada.

6.4 Recomendaciones

- Que se fomente y sistematice la línea de investigación, para con ello mejorar el servicio esperando lograr un mayor beneficio de los usuarios.
- Que sirva como modelo para que en donde existan necesidades y demandas del mismo, pueda ser considerado en la gestión de Servicios de Salud
- Que se consideren costos-beneficios a nivel comunitario para beneficios de la sociedad y con ello dar más soluciones tanto a sus necesidades como a sus demandas de servicio, en especial a nivel de salud mental y en grupos de discapacitados.
- Que los tomadores de decisión consideren las bondades y beneficios de este modelo psicológico social para ampliar la cobertura de servicio no sólo en organizaciones no gubernamentales sino también a nivel de los servicios de salud a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackoff R., 1990, **Planeación de la Empresa del Futuro**, México, Limusa.
- Ackoff R., 1983, **El Arte de Resolver Problemas**, México, Limusa.
- Ackoff R., 1981, **Rediseñando el Futuro**, México, Limusa.
- Ackoff R., 1974, Beyond Problem Solving, **General Systems Yearbook**, Vol. XIX.
- Ackoff R., 1972, **Un Concepto de Planeación de Empresas**, México, Limusa.
- Ackoff R., 1971, Towards a System of Systems Concepts, **Managements Science**, Vol. 17, No. 11.
- Aguirre-Gass, 1996, Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica, **Salud Pública de México**, Vol. 27, No. 6.
- Aguirre-Gass, Gómez P., 1987, **La Información como Insumo para la Evaluación Médica en el IMSS**, Sistema de Información de Salud; Tendencias Actuales; Desafíos ante la Consolidación del Sistema Nacional de Salud, México.
- Aguirre-Gass, 1990 Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas, **Salud Pública de México**, Vol. 32, No. 2.
- Alarcón M., Molina N., Romano H., 1997, Integración de alumnos con necesidades educativas especiales, **Básica, Revista de la escuela y del maestro**, Año 4, marzo-abril, 1997, No. 16.
- Altamir O., 1990, **Desarrollo, Crisis y Equidad en América Latina**, División de Desarrollo Económico de CEPAL, No. 4.
- Anderson J., Durston H., Poole M., 1972, **Redacción de Tesis y Trabajos Escolares**, México, Diana, 161 pp.
- Arias-Galicia F., 1995, **Teoría General de Sistemas**, México, Trillas.
- Azola E., 1990, **La Institución Correlacional de México. Una mirada extraviada**. México, Siglo XXI, 361 pp.
- Azora, Pocha R., 1972, **Curso de Muestreo y Aplicaciones**, México.
- Baena G., 1988, **Instrumentos de Investigación**, México, Mexicanos Unidos.
- Barquin M, 1971, **Historia de la Medicina**; en : Hospitales, México
- Bashur R., 1987, Sobre la Evaluación de las Necesidades de la Salud, **Salud Pública de México**, Vol. 29, No. 4, pp.228-292.
- Bertalanffy L. V., 1995, **Teoría General de Sistemas**, México, FCE.
- Bettylu R., Hidalgo-San Martín M., Pérez A., y cols., 1993, La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco, **Salud Pública de México**, Vol. 35, 5, pp. 1-8 y 11.
- Bustamante P., 1990, **Análisis de la Mortalidad por Causas Múltiples en México**, Tesis de Grado Maestría, México, INSP.
- Cabildo H., 1976, Programa Experimental de Salud Mental en Escuelas

- Secundarias", **Salud Pública de México**, Vol. VIII No. 3 mayo-junio, pp. 569-580.
- Cabildo H., 1967, "Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México", **Salud Pública de México**, Vol. IX No. 4 julio-agosto, pp. 503-513.
- Cambel D., Stanley J., 1978, **Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social**, Buenos Aires.
- Caraveo J., 1982, "Análisis Crítico y Perspectivas Futuras de la epidemiología Psiquiátrica en México", **Salud Mental** Vol. 5 No. 1 primavera, 13 pp.
- CONACYT, 1982, **Investigación de Servicios de Salud**, México.
- CONACYT, 1983, **Investigación de Servicios de Salud; Memorias del Seminario** llevado a cabo los días 13-15 de Junio de 1978, Querétaro.
- CONAPO, 1995, **The Demand for Health Care in México, an Econometric Analysis**, México, CONAPO, 82 pp.
- Cocaran W., 1971, **Técnica de Muestreo**, México.
- Cottle D., 1995, **El Servicio Centrado en el Cliente**, Díaz de Santos.
- Cuevas Uriostegui, Avila-Martínez, 1990, Relación entre Médico-Paciente en la Consulta Externa de Unidades de Primer Nivel de Atención Médica, **Salud Pública de México**, No.33.
- De la Fuente R. y otros, 1983, "La investigación en el campo de la Psiquiatría en México". **Salud Mental**, Vol. 6, No. 3 otoño, pp.3-8.
- De la Fuente R. y otros, 1976, "La Psiquiatría en México: una perspectiva histórica". **Gaceta Médica de México**, México Vol. III No.5 mayo, pp. 421-435.
- De la Garza L., Nieto E., (coordinadores), 1995, **Distribución del Ingreso y Políticas Sociales**, México, Equipo Pueblo, Enlace. Foro de Apoyo Mutuo, J. P., tomo I y II.
- De la Madrid M., y cols., 1986, **La Descentralización de los Servicios de Salud: El Caso de México**, México.
- Denky D., 1990, Federal Aid to Dependent Variables: Surveying the Health Services Research Landscape. **Journal of Health Services Research**, Vol: 25, No. 1, Abr.
- D'Geynd W., 1979, Five Approaches Assessing the Quality of Care, **Hospital Administration**.
- Dirección de Estadística, 1995, **Sistema Nacional de Salud**. México.
- Dirección General de Epidemiología, 1995, **Encuesta Nacional de Salud. Resultados Finales**, México, SSA.
- Donabedian A., 1988, **Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de la Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 772 pp.
- Donabedian A., 1986, La investigación sobre la calidad de la atención médica, **Salud Pública de México**

- Donabedian A., 1984, **La Calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación**, México, PMM.
- Donabedian A. 1984 **Veinte Años de Investigación en Entorno a la Calidad de la Atención Médica; 1964-1968**, **Salud Pública de México**, México, Vol. 18, No.3.
- Donabedian A., 1982, **Exploration in Quality Assessment and Monitoring**, Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian A., 1968, **Promoting Quality Through Evaluating, Medical care**, Vol. 6.
- Donabedian A., 1966, **Evaluating the Quality of Medical Care**, **Milbank Memorial Fund Quarterly**, Vol. 44.
- Educación-Coplamar, **Necesidades Esenciales en México: Situación Actual y Perspectivas para el año 2000**, México, S XXI, Tomo 2.
- Elioriaga H., 1976, "Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal", **Salud Pública de México**, Vol. XVIII No. 3 mayo-junio, pp. 581-591.
- Farías P., Miranda R., (editores), 1994, **Experiencias del refugio centroamericano. Perspectivas de salud mental y psicosocial**, San Cristobal de las Casas, Chiapas, Federación Mundial de Salud mental, Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, Colegio de la Frontera Sur, 187 pp.
- Feeinstein J. S., 1990, **Detection Controlled Estimation**, **Journal of Law and Economics**, Vol. 33, No. 1, Apr
- Frenk, J., 1992, **Integración de los Servicios de la Salud**, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Frenk J., Peña M., 1988, **Bases para la Evaluación de la Tecnología y la Calidad de la Atención Médica de la Salud**, **Salud Pública de México**, México.
- Frente, 1993, **Los Niños en México**. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
- Fuentes A., 1991, **El enfoque de sistemas en la solución de problemas de la elaboración del modelo conceptual**, México, Cuadernos de Planeación y sistemas No. 4, Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Fuentes A., 1990, **El pensamiento sistémico; caracterización y principales corrientes**, México, UNAM, Cuadernos de Planeación y Sistemas, Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Fuentes A., Sánchez G., 1991, **Metodología de la planeación normativa**, México, Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Fundación Mexicana Para la Salud, Fundación Javier Barrios Sierra, Carnegie Corporation of New York-México, **Perfiles de la Salud hacia el año 2010**, México.
- Galicia-Pelayo y Gross, 1990, **Diccionario de la Lengua Española**, México, Tomo I y II.

- García J., 1989, **La Contribución de las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo a la Educación de Adultos**, Santiago de Chile, Mescó-Drealc.
- García J., 1988, **Hacia un tratamiento axiomático del concepto de sistema**, México, Tesis Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Gelman O., 1967, **Problems of Logic and Methodology of General Systems Theory**, México, Tbilisi.
- Gelman O., Riveros F., 1982, **Relaciones entre el sistema de transporte y su entorno**, México, Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Gene, G., Stanley, C. 1992 **Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales**, México, PHI.
- Glass, V., Stanley, C. 1979 **Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales**, México, PHI.
- Gnadesikan R., 1977, **Methods for statistical Data Analysis of Multivariate Observations**.
- Gómez, Pérez y otros, 1995, **Retos en la formación profesional del psicólogo, una visión de futuro**, México, UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 104 pp.
- Gómez Jara, F., Pérez, R.N. 1987 **El Diseño de la Investigación Social**, México.
- González M., 1991, **La Descentralización del Sector Salud en México**, Foro Internacional de Gestión de los Servicios de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Goode J., Hart K., 1985, **Modelos de Investigación Social**, México.
- Hernández-Sampieri R., Fernández, C., Baptista, P. 1995, **Metodología de la Investigación**, México, Mc Graw Hill.
- Hobsbawm E., 1989, **Las Revoluciones Burguesas**, España, Punto Omega, tomo I y II, 408 p.
- Horwitz A., 1978, **¿Porqué no evaluamos y Porqué Debemos Hacerlo?**, **Salud Pública de México**, No.20.
- Howard G., 1995, **Planificando para la Calidad, La Productividad y una Posición Competitiva**, México, Ventura.
- IMSS, Subdirección General Médica, 1991 **Sistemas de Evaluación Permanente de la Satisfacción del Usuario de las Unidades de Medicina Familiar**, México.
- IMSS, Atlas epidemiológico 1985-1990.
- Iturbe U., 1977, "Rehabilitación y Psiquiatría", **Salud Pública de México**, Vol. XVIII No. 3 mayo junio, pp. 729-734.
- Jaramillo, J., 1987, Cambios en la estrategia para la atención de la salud en Costa Rica. **Bol. Of Sanit Panam**, 102, pp. 217-224.
- José M., Kumate J., Barnard A., 1989, La Atención Primaria de Salud como instrumento de desarrollo en México, **Salud Pública de México**, Vol. 31 No.2.

- Kirlinger N., 1981, **Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología**, México, Helva.
- Kroeger A., Luna R. (compiladores), 1987, **Atención Primaria de la Salud principios y métodos**, México, OPS, Pax
- Kumate, J. Cañedo, L. Pedrotta, O., 1977, **La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México**, México, El Colegio Nacional.
- López S., 1995, **Historia de la psicología en México**, México, CEAPAC. 480pp.
- Llenera C., Arroyo P., 1985, Modelo en la Atención de la Salud, **Salud Pública de México**, Vol.: 27, No.6.
- Martinic S., 1997, **Diseño y evaluación de proyectos sociales**, México, COMEXANI/CEJUV.
- Maslow A., 1990, **El hombre autorrealizado**, España, Kairos.
- McMahon R., Barton E., Piot M., 1989, **Administración de la Atención Primaria de Salud**, México, OPS, Pax.
- Metraux J.C., 1992, **Los niños víctimas de la guerra. Manual de atención sico-social para promotores, tomo 1**, Managua, Dentro de Publicaciones INIES, 3ª ed., 199 pp.
- Metraux J.C., 1990, **El niño la familia y la comunidad. Manual de atención sico-social para Promotores, tomo 2**, Managua, Ciencias Sociales, 423 pp.
- Molina L., 1987, Medicina comunitaria y participación popular en Nicaragua, **Bol., IMSS-COPLAMAR**, pp. 8-9.
- Montoya C., 1986, **Cobertura: ¿Cuánto y para quiénes?** Washington, OPS.
- Negroe G., 1980, **Papel de la planeación en el proceso de conducción**, México, Tesis Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Organización Mundial de la Salud, 1984, **Organización de los ministerios de salud para los servicios de atención primaria**, Ginebra, Colección OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud, 1983, **Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud**. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra, Serie de informes técnicos 694, pp. 5-73.
- Organización Mundial de la Salud, 1978, **Informe final de la conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud - Alma Ata, URSS, 6-12 de Septiembre, 1978**. Ginebra, pp. 1-20.
- Organización Panamericana de la Salud, 1989, **Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos**, Washington, OPS/OMS.
- Organización Panamericana de Salud, 1973, **Modelos Matemáticos y Recursos Humanos en Salud**, Ottawa.
- Peterson y col., 1956, An Analytical Study of North Carolina General Practice, **J. Med. Educ.**, Vol. 31, pp. 330-375.
- Poder Ejecutivo Federal, **Programa Nacional de Población, 1995-2000**. México.
- Primera convención nacional de Salud, 1973, **Atlas de la Salud de la República Mexicana**, México, SSA

- Prokopenko J., 1990, **La gestión de la productividad**, Ginebra, Oficina Internacional de Trabajo.
- Puchea C., 1981, "Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental", **Salud Mental**, Vol.4, No. 3, otoño, p. 4-11.
- Pulido A., 1982, "Situación asistencial y factores de hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales", **Salud Mental**, Vol. 5, No. 2, verano pp.8-13
- Ribes E., 1990, **Psicología y salud: un análisis conceptual**, Barcelona, Martínez Roca
- Robles L., Mercado F., 1991, "Prevalencia de entidades mentales en escolares de un área metropolitana de Guadalajara", **Salud Pública de México**, Vol. 33, No. 1 enero-febrero, pp. 49-55.
- Rodríguez P., 1994, **El Desempeño Organizacional, Estrategia, Estructura y Concentración del Mercado de las Empresas Industriales que Cotizan en la Bolsa Mexicana de Valores**. *Tesis Doctoral*, UNAM, México.
- Rossi P., Freeman H., 1989, **Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales**, México, Trillas, 293 pp.
- Ruiz de Chávez, M., y cols., 1988, Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, **Salud Pública de México**, México.
- Ryan P. y otros, 1982, "Alternativas para el Hospitalismo", **Salud Mental**, Vol. 3 No. 4, pp. 8-13.
- San Martín H., 1988, **Administración en salud pública**, México, La Prensa Médica Mexicana.
- Sánchez G., 1991, **Técnicas para el análisis de sistemas. Parte 1, Cuadernos de planeación y sistemas**, México, Facultad de Ingeniería, UNAM.
- Saucedo G., 1988, **Propuesta para el diseño y metodología de un modelo mixto de planeación para aplicación en empresas pequeñas y medianas en México**, México, Facultad de Contaduría y Admon. UNAM.
- Sánchez G., 1986, **La organización y su diagnóstico bajo el enfoque sistémico – un caso práctico**, México, Facultad de Contaduría y Admon. UNAM.
- SPP, 1996, **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, México.
- SPP, 1995, **Programa Nacional de Desarrollo 1994-2000**, México.
- SPP, 1995, **Programa Nacional de Salud, 1995-2000**, México.
- SPP, 1994, **Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988**, México.
- SPP, 1991, **Programa Nacional de Salud, 1990-1994**, México.
- SSA, 1987 y 1995, **Cuotas de Recuperación por Prestaciones de Servicios de Salud en Unidades Aplicativas de los Estados, Manual de Normas y Procedimientos**, México.
- SSA, 1995, **Ley General de Salud**, México.
- SSA, 1994, **Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, en: Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta**, México.

- SSA, 1988, **Cuadernos Técnicos de Planeación**, México, Vol. 1, No. 6, 7, y 11.
- SSA, 1981, **Coordinación General de Planeación, Sistemas de Servicios de Salud**, México.
- Seminario de Atención Primaria, 1988, **La Atención Primaria como escenario de la formación médica**, México, UAM-Xochimilco.
- Siegal y Wolf., 1969, **Man-Machine Simulation Model**, New York.
- Simón-Domínguez N., 1987, **Diseño de Muestreo, un Enfoque Administrativo**, México, trabajo inédito UNAM.
- Soberón G., 1990, El Sistema Nacional de Salud, **Revista de Administración Pública**, No. 69/70.
- Soberón G., 1988, **El Cambio Económico y Financiero en el Sector Salud, FCE**, México.
- Soberón G., y cols. 1988, **Hacia un Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud y Seguridad Social**, UNAM, México.
- Soberón G., Kumate, J., Laguna, J., 1988, **La Salud en México: Testimonios**, Fundamentos del cambio estructural, FCE, México, Tomo I.
- Soberón G., Martuscelli J., Alvarez J., 1988, "La implantación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud en México", **Salud Pública de México**, Vol.30, No. 5.
- Solorzano C., 1989, **Modelo de la productividad de una unidad hospitalaria**, México, Tesis UNAM, México.
- Storch J. L., Northcott H. C., 1989, Hospital Administrators as Professionals: Aid of Occupational Role Identification, **Journal of Hospital and Health Services Administration**, Vol. 34, No. 4.
- Suárez R., 1990, **Un Modelo Cuantitativo del Proceso de Solución de Problemas; el Modelo del Diamante**, UNAM, Cuadernos de Planeación y Sistemas, México, No.4.
- Swedish Government Official Reports, 1995, **Priorities in Health Care. Ethics, Economy Implementation**, Stockholm, Regeringskansliets offsetcentral.
- Tamayo y Tamayo M., 1988, **Diccionario de la investigación científica**, México, Limusa, 2a. ed.
- Tejeda C., 1967, "Los Hospitales Granjas", **Salud Pública de México**, Vol. IX No. 4, julio-agosto, pp. 587-590.
- Urbina J. comp., 1989, **El Psicólogo Formación, Ejercicio Profesional, Prospectiva**, México, UNAM, 860 pp.
- Valencia M., 1991, "El hospital mental como instrumento terapéutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica", **Revista Mexicana de Psicología**, Vol. 8 No. 1 y 2, pp. 99-106.
- Valdés C., 1991, **Bonanza, Crisis ¿ Recuperación ?** México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Vandale S., Duran J., Ortega H., 1985, "La medición del estado de salud de la población: Una actividad fundamental para los servicios de salud", **Salud Pública de México**; vol. 27, No. 2.

- van Gich J., 1989, **Teoría general de sistemas**, México, Trillas, 2a ed.
- Villa Romero, López-Cervantes, 1989 La epidemiología en la Evaluación de los Servicios de Salud, **Boletín de Epidemiología**, México, Vol.: 4, No. 4.
- Weiss C., 1990, **Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción**, México, Trillas.
- Zaretski E., 1976, **Familia y sociedad**, Barcelona, Anagrama, 138 pp.

ANEXOS

A. ORGANIGRAMA DEL CEAPAC

B. MAPA DE LA REPUBLICA MEXICANA

C. CARTA ESTATAL DEL ESTADO DE MEXICO.

D. DIVISION POLITICA Y PRINCIPALES LOCALIDADES DEL ESTADO DE MEXICO, CON LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC.

E. CUESTIONARIOS:

K1. PREESCOLAR (K)

E2. EDUCACION ESPECIAL (E)

T3. TERAPIA FISICA (T)

P4. PERSONAL (P)

F. DATOS DE COMO SE PROCESARON EN EXCEL CADA UNO DE LOS ELEMENTOS A ANALIZAR.

G. VARIABLES QUE PRESENTARON MAYOR PONDERACIÓN Y CORRELACIÓN EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN

H. GLOSARIO

I. MAPAS CONCEPTUALES DE:

1. SECTOR SALUD

2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

3. COMPONENTES DEL SISTEMA

4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE SALUD.

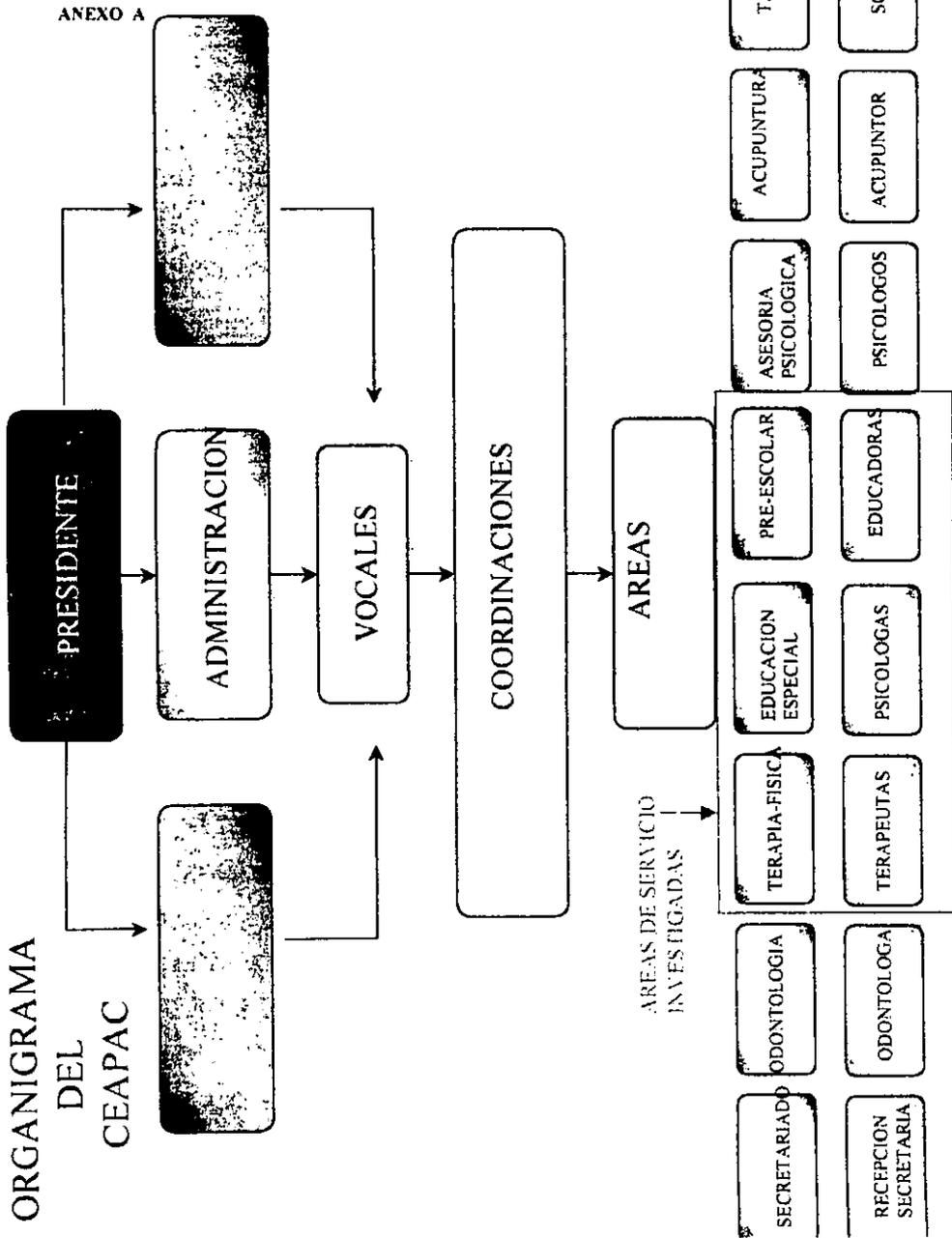
5. UNIVERSO PROGRAMATICO.

6. ELEMENTOS DE LAS ACCIONES EN SALUD.

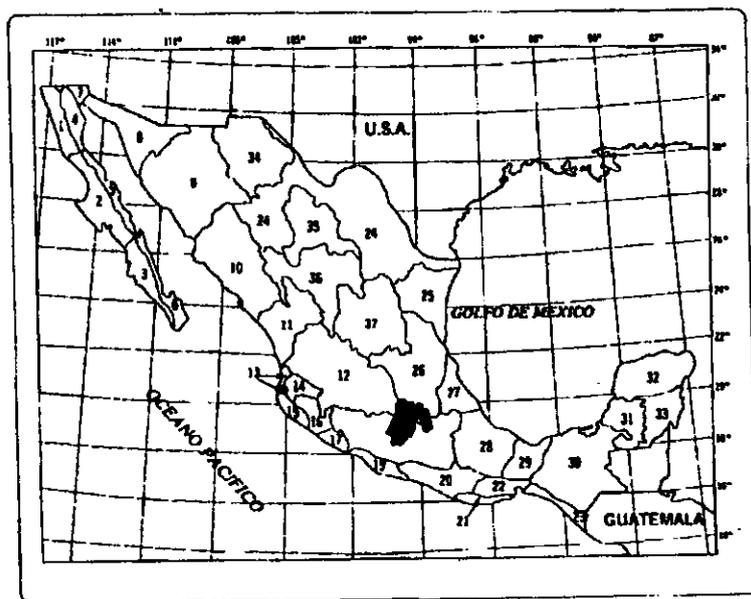
7. CONCEPTUALIZACION DE LA FUNCION DE LA EVALUACION.

8. SISTEMA DE EVALUACION EN SALUD.

ORGANIGRAMA DEL CEAPAC

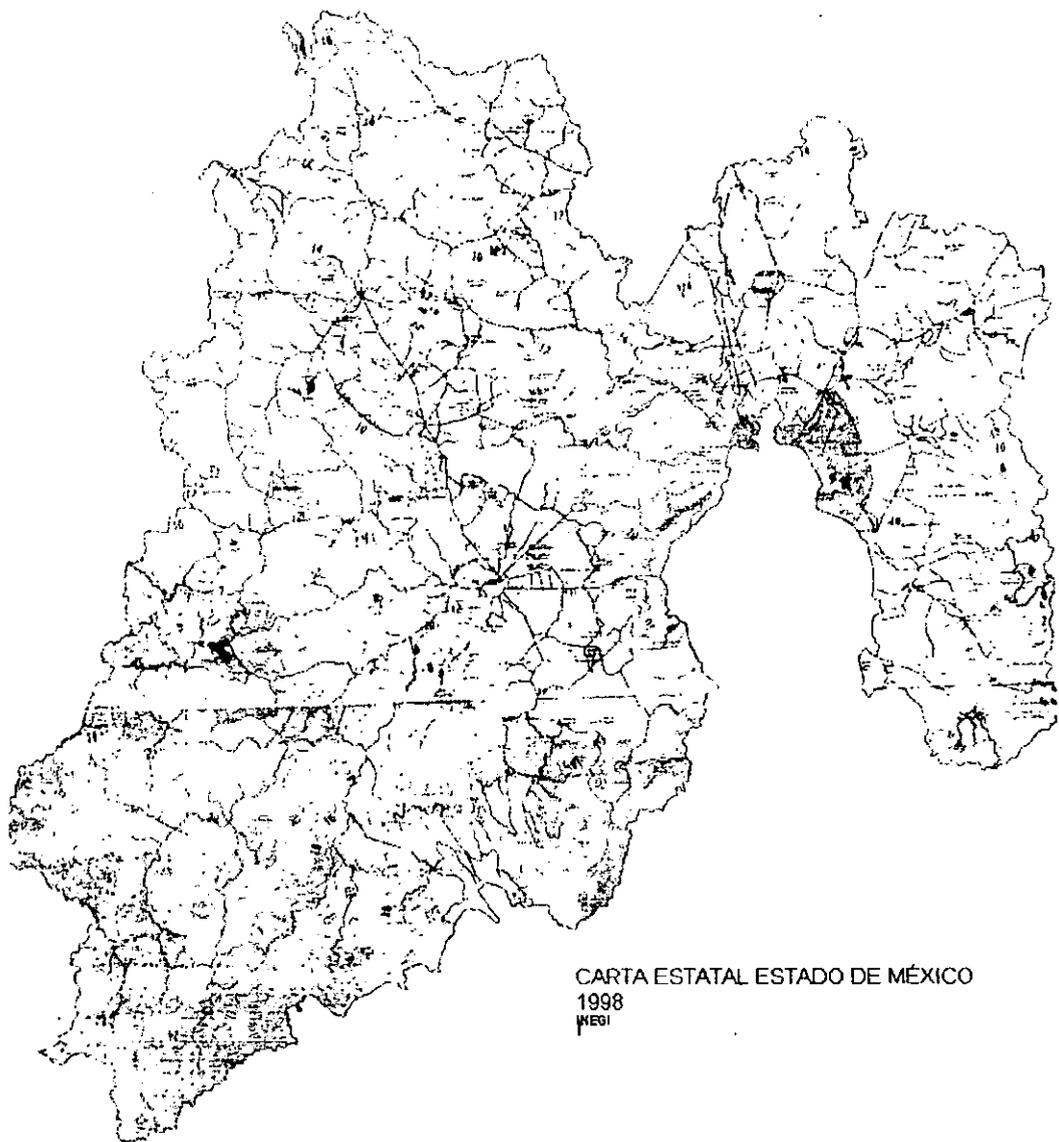


REPÚBLICA MEXICANA



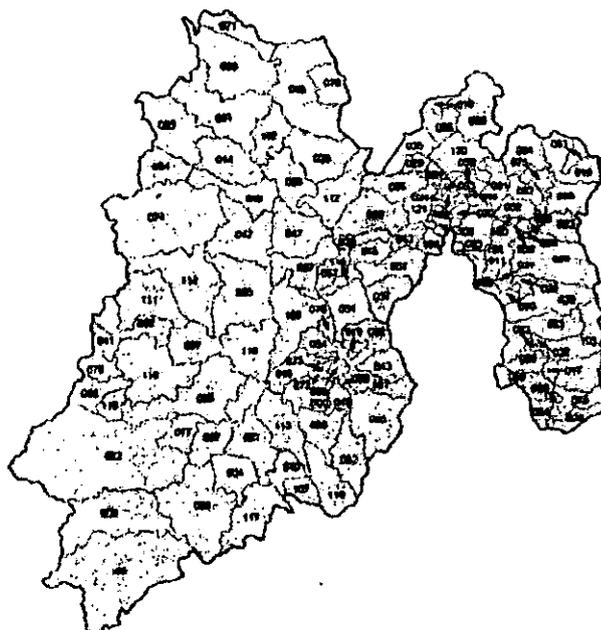
LOCALIZACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO

ANEXO C



DIVISIÓN MUNICIPAL Y PRINCIPALES LOCALIDADES DEL ESTADO DE MÉXICO

ANEXO D



CLAVE GEOESTADISTICA	MUNICIPIO	CABECERA MUNICIPAL	SUPERFICIE Km ²
001	Acambay	Acambay	461.973
002	Acolman	Acolman de Nezahualcóyotl	77.800
003	Aculco	Aculco de Espinosa	472.016
004	Almoloya de Alquisiras	Almoloya de Alquisiras	178.943
006	Almoloya de Juárez	Almoloya de Juárez	459.205
008	Almoloya del Río	Almoloya del Río	26.679
007	Amanalco	Amanalco de Becerra	208.598
008	Amatepec	Amatepec	517.627
009	Amecameca	Amecameca de Juárez	159.446
010	Apaxco	Apaxco de Ocampo	54.440
011	Atenco	San Salvador Atenco	145.302
012	Atizapán	Atizapán	7.342
013	Atizapán de Zaragoza	Cd. López Mateos	85.444
014	Atzacmulco	Atzacmulco de Fabela	257.150
025	Chalco	Chalco de Díaz Covarrubias	256.709
026	Chapa de Mota	Chapa de Mota	206.548
027	Chapultepec	Chapultepec	14.416
028	Chiautla	Chiautla	22.526
029	Chicoloapan	Chicoloapan de Juárez	37.417
030	Chiconcuac	Chiconcuac de Juárez	5.408
031	Chimalhuacán	Chimalhuacán	49.762
032	Donato Guerra	Asunción Donato Guerra	208.528
033	Ecatepec	Ecatepec de Morelos	186.813
034	Ecatzingo	Ecatzingo de Hidalgo	78.060

ANEXO E

Cuestionario PREESCOLAR		Apéndice K1	
#	Pregunta	opción	escala
1	¿Cómo se enteró que el CEAPAC ofrecía este servicio?	por otra institución	K1A nominal
		por experiencia de otros	K1B
		por propaganda y letreros	K1C
2	¿Quién le ofreció la primera información?	la psicóloga	K2A ordinal
		la secretaria	K2B
		otra	K2C
3	¿Quién hizo la entrevista?	la psicóloga	K3A ordinal
		la secretaria	K3B
		otra	K3C
4	¿Fue clara la persona que la entrevistó?	sí	K4A dicotómica
		no	K4B
5	¿Qué fue que más le agradó?	grupos chicos	K5A nominal
		el trato, enseñan bien	K5B
		cercanía, cuotas, etc	K5C
6	¿Le hicieron evaluación?	sí	K6A dicotómica
		no	K6B
		no sabe	K6C
7	¿Considera que ha sido atendido por personal capacitado?	sí	K7A dicotómica
		no	K7B
8	¿Se le explicó la forma de trabajo?	sí	K8A dicotómica
		no	K8B
		no sabe	K8C
9	¿Qué espera de este servicio?	que aprenda lo indispensable	K9A nominal
		que se prepare para la primaria	K9B
		que aprenda leer y escribir	K9C
10	¿De qué depende que esto se logre?	maestra	K10A nominal
		padres	K10B
		ambos	K10C
		otros	K10D
11	¿Qué avances ha notado en su hijo(a)?	socialización	K11A nominal
		maduración	K11B
		aumento de conceptos	K11C
		nada	K11D
12	¿Se dieron a través de un proceso?	lento	K12A nominal
		acelerado	K12B
		acorde	K12C
13	¿Qué responsabilidad tiene la madre?	trabaja pero está al pendiente	K13A nominal
		trabaja y no se responsabiliza	K13B
		no trabaja, se dedica a él	K13C
14	¿Quién vigila que el niño(a) haga la tarea?	padre	K14A ordinal
		madre	K14B
		ambos	K14C
		otros	K14D
15	¿Comenta con la maestra sobre los avances del niño(a)?	sí	K15A dicotómica
		no	K15B
16	¿El trato con la maestra es agradable?	sí	K16A dicotómica
		no	K16B
17	¿El salón lo considera?	amplio	K17A nominal

	sucio	K17B	
	oscuro	K17C	
	pequeño	K17D	
18 ¿El niño(a) falta a clases?	no	K18A	dicotómica
	sí, por enfermedad	K18B	
	sí, por otros	K18C	
19 ¿Nota cambio en su comportamiento al faltar?	no falla	K19A	nominal
	se preocupa, quiere ir	K19B	
	no hay cambio	K19C	
20 ¿Cumplen con las tareas	sí	K20A	dicotómica
	no, porque él no quiere	K20B	
	no, por las papás	K20C	
21 ¿Recibe asesoría o pláticas para orientar a su hijo?	sí	K21A	dicotómica
	no	K21B	
22 ¿El costo del servicio lo considera accesible?	sí	K22A	dicotómica
	no	K22B	
23 ¿De dónde proviene el pago?	salario del padre	K23A	ordinal
	salario de la madre	K23B	
	ambos	K23C	
24 ¿Tiene reuniones con las maestras?	por eventos	K24A	nominal
	por evaluaciones	K24B	
	varios	K24C	
25 ¿Si tiene dudas con respecto a su hijo(a) a quién acude?	maestra	K25A	ordinal
	director	K25B	
26 ¿Participa y/o coopera en la organización de eventos?	sí	K26A	dicotómica
	no	K26B	
27 ¿Conoce todos los otros servicios que ofrece el CEAPAC?	sí	K27A	dicotómica
	no	K27B	
28 ¿Cuales ha utilizado?	acupuntura	K28A	nominal
	dentista	K28B	
	terapia física	K28C	
	no ha utilizado	K28D	
29 ¿Por qué razones acudió al CEAPAC?	carcanía, cuotas, etc	K29A	nominal
	recomendación	K29B	
	buen trato	K29C	

ANEXO E

Cuestionario	EDUCACIÓN ESPECIAL	Apéndice E2	
#	<u>pregunta</u>	<u>opción</u>	<u>escala</u>
1	¿Cómo se enteró que el CEAPAC ofrecía este servicio?	por otra institución	E1A nominal
		por experiencia de otros	E1B
		por propaganda y letreros	E1C
2	¿Quién le dio la primera información?	la psicóloga	E2A ordinaria
		la secretaria	E2B
		otra	E2C
3	¿Quién le hizo la entrevista?	la psicóloga	E3A ordinaria
		la secretaria	E3B
		otra	E3C
4	¿Fue clara la información que se le otorgó?	sí	E4A dicotómica
		no	E4B
5	¿Qué fue lo que más le agradó?	grupos chicos	E5A nominal
		buen trato, enseñanza	E5B
		cuota, economía, etc.	E5C
6	¿Le hicieron alguna evaluación?	sí	E6A dicotómica
		no	E6B
		no sabe	E6C
7	¿Fue atendida por personal capacitado?	sí	E7A dicotómica
		no	E7B
8	¿Ha sido constante en asistir?	sí	E8A dicotómica
		no, por enfermedad	E8B
		no, por otras	E8C
9	¿Qué espera de este servicio?	superación	E9A nominal
		valerse por sí mismo	E9B
		un oficio	E9C
10	¿En qué aspectos espera que su hijo avance?	conocimiento	E10A nominal
		comportamiento	E10B
		se independice	E10C
11	¿Ha notado avances o logros?	sí	E11A dicotómica
		no	E11B
12	¿Considera que fueron?	lentos	E12A nominal
		acelerados	E12B
		acordes	E12C
13	¿En qué áreas se dieron?	aprendizaje	E13A nominal
		socialización	E13B
		conducta	E13C
14	¿Responsabilidad de la madre?	trabaja y está al tanto	E14A nominal
		trabaja y no se hace cargo	E14B
		no trabaja y se hace responsable	E14C
15	¿El padre ayuda en la elaboración de tareas?	sí	E15A dicotómica
		no	E15B
16	¿Recibe alguna asesoría por parte del CEAPAC?	sí	E16A dicotómica
		no	E16B
17	¿El aula lo considera?	agradable	E17A nominal
		pequeña	E17B
		no la conoce	E17C
18	¿En ocasiones falta?	sí, por enfermedad	E18A dicotómica
		sí, por otros motivos	E18B

19 ¿Sucede algún cambio cuando falta?	no falta	E18C	
	mal humor, tristeza	E19A	ordinal
	no	E19B	
20 ¿Ha experimentado retrasos?	no falta	E19C	
	si, por mala memoria	E20A	dicotómica
	no	E20B	
	por otros motivos	E20C	
21 ¿Quién ayuda o vigila la tarea?	madre	E21A	ordinal
	padre	E21B	
	nadie	E21C	
	otros	E21D	
22 ¿El costo del servicio lo considera?	accesible	E22A	nominal
	inaccesible	E22B	
23 ¿De dónde proviene el pago del servicio?	padre	E23A	ordinal
	madre	E23B	
	ambos	E23C	
	otro	E23D	
24 Participa o coopera en las actividades del CEAPAC?	si	E24A	dicotómica
	no	E24B	
25 ¿Conoce todos los servicios que ofrece el CEAPAC?	si	E25A	dicotómica
	no	E25B	
	algunos	E25C	

ANEXO E

Questionario	AREA TERAPIA FISICA	Apéndice T3	
#	pregunta	opción	escala
1	¿Cómo se enteró que el CEAPAC ofrecía este servicio?	por otra institución por experiencia de otros por propaganda y letreros	T1A T1B T1C nominal
2	¿Con quién se entrevistó por primera vez?	la psicóloga la secretaria otra	T2A T2B T2C ordinal
3	¿Fue clara la información que se le otorgó?	si no	T3A T3B dicotómica
4	¿Le hicieron evaluación?	si no	T4A T4B dicotómica
5	¿La explicación del tratamiento fue clara?	si no	T5A T5B dicotómica
6	¿Cree que fue atendida por personal capacitado?	si no	T6A T6B dicotómica
7	¿Ha sido constante en su tratamiento?	si no	T7A T7B nominal
8	¿Qué espera de este servicio?	que el niño se socialize que tenga movimientos mejoró su desarrollo	T8A T8B T8C nominal
9	¿Cómo se logrará esto?	a base de ejercicios a base de motivación depende de la maestra	T9A T9B T9C nominal
10	¿Qué avances ha notado?	madurez mejor movilidad las dos	T10A T10B T10C nominal
11	¿Qué tipo de actividades desarrolla?	masaje, estimulación conceptos	T11A T11B dicotómica
12	¿Cuántas veces a la semana	cuatro veces	T12 razón
13	¿Durante la sesión recibe indicaciones por la terapeuta?	si no	T13A T13B dicotómica
14	¿Son claras las indicaciones	si no	T14A T14B dicotómica
15	¿Las sigue al pie de la letra?	si sólo a veces	T15A T15B dicotómica
16	¿Es buena la comunicación que tiene con la terapeuta?	si no	T16A T16B dicotómica
17	¿Es suficiente el trabajo que se realiza con el niño?	si no	T17A T17B dicotómica
18	¿El trabajo tiene continuidad en casa?	si no	T18A T18B dicotómica
19	¿Está usted de acuerdo con este trabajo?	si no	T19A T19B dicotómica
20	¿El padre está de acuerdo con este tratamiento?	si no	T20A T20B dicotómica
21	¿Recibe asesoría o pláticas?	si no	T21A T21B dicotómica
22	¿El espacio donde se desarrolla la terapia es?	agradable frío	T22A T22B dicotómica
23	¿Durante la terapia está a gusto?	si no	T23A T23B dicotómica
24	¿Ha faltado su hijo?	si, por enfermedad	T24A ordinal

	por otra causa	T24B	
25 ¿Al faltar cambia su estado de ánimo o comportamiento?	si	T25A	dicotómica
	no	T25B	
26 ¿El costo lo considera accesible?	si	T26A	dicotómica
	no	T26B	

ANEXO E PERSONAL

Apéndice P4

#	pregunta	opción	escala
1	¿Por qué razones se ofrece este servicio?	por solicitarlo la comunidad no sabe	P1A nominal P1B
2	¿Qué importancia tienen las áreas?	favorecen el desarrollo del niño integran la familia	P2A nominal P2B
3	¿A qué tipo de población está dirigido?	en general gente de bajos recursos	P3A nominal P3B
4	¿Cree que necesita más difusión?	si no	P4A dicotómica P4B
5	¿A través de qué medio?	el mismo usuario carteles, mantas	P5A nominal P5B
6	¿Por cuáles medios se ha dado a conocer el servicio?	por recomendaciones de la mamá por carteles y mantas	P6A nominal P6B
7	¿Qué resultados han obtenido?	buenos limitados	P7A ordinal P7B
8	¿Existe una persona para dar información?	psicóloga secretaría	P8A ordinal P8B
9	¿En la primera entrevista qué información se ofrece?	general requisitos sobre trabajo	P9A nominal P9B P9C
10	¿Se les hace alguna evaluación?	si no	P10A dicotómica P10B
11	¿Quiénes la realizan?	psicólogo o especialista otro	P11A ordinal P11B
12	¿Es personal con experiencia?	si no	P12A dicotómica P12B
13	¿Cuál es el tiempo de experiencia en el área?	un mes a un año de uno a 5 años de 6 a 10 años	P13A razón P13B P13C
14	¿Cómo se define el área que requiere cada niño?	de acuerdo al problema del niño por diagnóstico que dan los papás	P14A nominal P14B
15	¿A quién se le comunica esto?	a los padres	P15 razón
16	¿Se explica en qué consiste el trabajo?	si, siempre no	P16A dicotómica P16B P16C
17	¿Se explican los procesos por los que pasa el niño?	cuando preguntan si, siempre cuando preguntan los padres	P17A nominal P17B P17C
18	¿Se mencionan fechas o tiempos de recuperaciones?	si no cuando preguntan	P18A dicotómica P18B P18C
19	¿Con base a qué definen los tiempos?	depende del caso del niño depende del trabajo de todos	P19A nominal P19B
20	¿Instrumentos que se usan para trabajar?	terapia de juego, musicoterapia masaje, ejercicios, agujas material didáctico	P20A nominal P20B P20C
21	¿De quien o quienes depende que el niño avance?	de los padres del niño, familia, maestra del programa que se elabora	P21A ordinal P21B P21C
22	¿Los padres están comprometidos?	si no algunos	P22A dicotómica P22B P22C
23	¿La estimulación debe ser constante en el niño?	si	P23A dicotómica

24. ¿Qué resultados tienen?	no	P23B	ordinal
	buenos	P24A	
	malos	P24B	
25. ¿La asesoría se da de manera individual o grupal?	individual	P25A	ordinal
	grupal	P25B	
26. ¿Cuáles son los tiempos y horarios de trabajo?	depende de los casos y los mismos niños	P26A	nominal
	se fija con base a lo que se va a trabajar	P26B	
	depende del rendimiento de los niños	P26C	
27. ¿Qué compromisos tiene el CEAPAC?	apoyar al niño a los padres y la comunidad enseñarles	P27A	nominal
	responder a las demandas de los padres	P27B	
28. ¿Se comentan con los padres los avances del niño?	sí	P27C	dicotómica
	no	P28A	
	en ocasiones	P28B	
29. ¿En su mayoría son puntuales?	sí	P28C	dicotómica
	no	P29A	
30. ¿Repercute en su aprovechamiento?	sí	P29B	dicotómica
	no	P30A	
31. ¿Se habla con los padres sobre esto?	sí	P30B	dicotómica
	no	P31A	
32. ¿Qué actitud muestran?	se molestan	P31B	ordinal
	se justifican	P32A	
	se oponen	P32B	
	no hay respuesta	P32C	
33. ¿El espacio donde se da la sesión es?	cómodo	P32D	nominal
	iluminado	P33A	
	faltan algunos muebles	P33B	
34. ¿Realiza otras actividades que no sean académicas?	deportes	P33C	nominal
	juegos	P34A	
	música	P34B	
35. ¿Cuál es la respuesta?	buenas	P34C	ordinal
	malas	P35A	
36. ¿Establece con el alumno un trato agradable y cordial?	sí	P35B	dicotómica
	no	P36A	
37. ¿Que resultados han obtenido?	buenos	P36B	ordinal
	malos	P37A	
38. ¿Se siente competente para tratar todos los casos?	sí	P37B	dicotómica
	no en lesión grave	P38A	
39. ¿Factores que impiden que trabaje satisfactoriamente?	el salón está exageradamente sucio	P38B	nominal
	la falta de apoyos de los padres	P39A	
	los niños no cumplen con su material	P39B	
40. ¿En relación a qué criterio se fijan las cuotas?	un estudio socioeconómico	P39C	nominal
	en relación a tiempo de tratamiento	P40A	
41. ¿Se han dado problemas por el pago?	sí	P40B	dicotómica
	no	P41A	
42. ¿Cumple satisfactoriamente su trabajo?	sí	P41B	dicotómica
	regularmente	P42A	
43. ¿Trabaja cumpliendo un programa de trabajo?	sí	P42B	dicotómica
	no	P43A	
44. ¿Quién lo elabora?	la maestra	P43B	nominal
	se lo dieron	P44A	
45. ¿Quién lo autoriza?	nadie	P44B	ordinal
	psicóloga	P45A	
	director	P45B	
46. ¿Lo sigue a pie de la letra?	sí	P45C	dicotómica
	no	P46A	

	no	P46B
	pretende	P46C
47. ¿Le gusta lo que hace?	si	P47A dicotómica
	no	P47B
48. ¿Qué beneficio social ofrece usted a la comunidad?	integra a los niños en la sociedad que sean aceptados a la sociedad	P48A nominal
49. Ha recibido capacitación en CEAPAC?	si	P48B
	no	P49A dicotómica
50. La ha puesto en práctica?	si	P49B
	no	P50A dicotómica
51. ¿Usted la solicita o se la ofrecen?	se ofrece	P50B
	se solicita	P51A nominal
52. ¿Le da seguimiento a su trabajo?	si	P51B
	no	P52A dicotómica
53. ¿Utiliza algún tratamiento o forma?	si	P52B
	no	P53A dicotómica
54. ¿Entrega reportes de trabajo?	si	P53B
	no	P54A dicotómica
55. ¿A quién?	coordinadora	P54B
	director	P55A ordinal
56. ¿Cada cuando entrega reportes?	cada 2 meses	P55B
	cada 6 meses	P56A razón
57. ¿Elabora evaluaciones?	si	P56B
	no	P57A dicotómica
58. ¿Si tienen dudas de su trabajo con quién acude?	al director	P57B
	a los libros	P58A ordinal
59. ¿Con quién toma acuerdos?	director	P58B
	coordinadora	P59A ordinal
60. ¿Cada cuando tiene reuniones de trabajo?	al inicio de cada año	P59B
	organizar festivales en el año	P60A razón
61. ¿Es usted puntual?	si	P60B
	no	P61A dicotómica
62. ¿Es faltista?	si	P61B
	no	P62A dicotómica
63. ¿Las relaciones en el trabajo son agradables?	si	P62B
	no	P63A dicotómica
64. ¿Ha tenido algunos problemas con sus compañeros?	si	P63B
	no	P64A dicotómica
65. ¿Cree que en el CEPAC se forman grupos?	si	P64B
	no	P65A dicotómica
66. ¿A qué se debe?	por trabajo	P65B
	por afinidades	P66A nominal
67. ¿Repercute esto en su trabajo cotidiano?	si	P66B
	no	P67A dicotómica
68. ¿Siempre está dispuesto a escuchar a sus compañeros?	si	P67B
	no	P68A dicotómica
69. ¿Factores que impiden que trabaje satisfactoriamente?	el salón está exageradamente sucio	P68B
	la falta de apoyos de los padres	P69A nominal
	los niños no cumplen con su material	P69B
		P69C

ANEXO F

PREESCOLAR

NIÑO	K1A	K1B	K1C	K2A	K2B	K2C	
1	0	0	0	1	0	1	0
2	0	0	1	0	0	1	0
3	0	0	1	0	0	1	0
4	0	0	1	0	1	0	0
5	0	0	1	0	0	1	0
6	0	0	1	0	0	1	0
7	0	0	1	0	0	1	0
8	0	0	1	0	1	0	0
9	0	0	1	0	1	0	0
10	0	0	1	0	0	1	0
11	0	0	1	0	0	0	1
12	0	0	1	0	0	1	0
13	0	0	0	1	0	1	0
14	1	0	0	0	0	1	0
15	0	0	1	0	1	0	0
16	0	0	1	0	0	1	0
17	0	0	1	0	0	1	0
18	0	0	1	0	0	1	0
19	0	0	0	1	0	1	0
20	0	0	1	0	1	0	0
21	0	0	1	0	0	1	0
22	0	0	0	1	0	1	0
23	0	0	1	0	0	1	0
24	0	0	1	0	1	0	0
25	0	0	1	0	0	0	1
26	0	0	1	0	1	0	0
27	1	0	0	0	0	1	0
28	0	0	1	0	0	1	0
29	0	0	1	0	1	0	0
30	0	0	1	0	0	1	0
31	0	0	0	1	0	1	0
32	0	0	1	0	0	0	1
33	0	0	1	0	0	1	0
34	0	0	1	0	0	1	0
35	0	0	1	0	0	1	0
36	0	0	1	0	0	1	0
37	0	0	1	0	0	1	0
38	0	0	1	0	0	1	0
39	0	0	1	0	0	1	0
40	0	0	1	0	0	1	0

ANEXO F

EDUCACIÓN ESPECIAL

NIÑO	E1A	E1B	E1C	E2A	E2B	
1	1	0	0	0	1	0
2	0	1	1	0	1	0
3	0	0	0	1	0	0
4	0	0	0	1	0	0
5	0	1	1	0	0	1
6	0	0	0	1	0	0
7	1	0	0	0	1	0
8	0	1	1	0	1	0
9	0	0	0	1	0	0
10	0	0	0	1	0	0
11	0	0	0	1	0	1
12	0	1	1	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0
14	0	0	0	1	1	0
15	0	0	0	1	1	0
16	0	1	1	0	0	0
17	0	0	0	1	1	0
18	1	0	0	0	1	0
19	1	0	0	0	1	0
20	0	1	1	0	1	0
21	0	1	1	0	0	1
22	0	1	1	0	1	0
23	0	0	0	1	1	0
24	1	0	0	0	0	0
25	0	1	1	0	1	0
26	0	0	0	1	1	0
27	0	1	1	0	1	0
28	0	1	1	0	0	0
29	0	0	0	1	0	0
30	0	0	0	1	1	0
31	1	0	0	0	0	1
32	0	1	1	0	1	0
33	0	1	1	0	0	1
34	0	0	0	1	1	0
35	0	1	1	0	1	0
36	0	0	0	1	1	0
37	0	0	0	1	1	0
38	0	1	1	0	1	0
39	0	0	0	1	1	0
40	0	1	1	0	1	0
41	0	0	0	1	1	0
42	0	1	1	0	0	0
43	0	0	0	1	1	0
44	0	0	0	1	1	0
45	0	0	0	1	1	0
46	0	1	1	0	0	1
47	0	1	1	0	1	0

ANEXO F

TERAPIA FISICA

NIÑO	T1A	T1B	T1C	T2A	T2B	T2C	
1	1	1	0	0	1	0	0
2	1	1	0	0	1	0	0
3	1	1	0	0	1	0	0
4	1	1	0	0	1	0	0
5	0	0	1	0	0	1	0
6	0	0	1	0	1	0	0
7	1	1	0	0	1	0	0
8	1	1	0	0	1	0	0
9	1	1	0	0	1	0	0
10	1	1	0	0	1	0	0
11	0	0	1	0	1	0	0
12	0	0	1	0	0	1	0
13	1	1	0	0	1	0	0
14	0	0	1	0	0	1	0
15	0	0	1	0	1	0	0
16	0	0	1	0	1	0	0
17	0	0	1	0	1	0	0
18	1	1	0	0	1	0	0
19	1	1	0	0	1	0	0
20	0	0	1	0	1	0	0
21	0	0	1	0	1	0	0
22	0	0	1	0	1	0	0
23	0	0	1	0	1	0	0
24	1	1	0	0	1	0	0
25	1	1	0	0	1	0	0
26	0	0	1	0	0	1	0
27	1	1	0	0	1	0	0
28	1	1	0	0	1	0	0
29	0	0	1	0	0	1	0
30	1	1	0	0	1	0	0
31	1	1	0	0	1	0	0
32	0	0	1	0	1	0	0
33	0	0	1	0	1	0	0
34	1	1	0	0	1	0	0
35	0	0	1	0	1	0	0
36	0	0	1	0	0	1	0
37	0	0	1	0	1	0	0
38	1	1	0	0	1	0	0

ANEXO F

PERSONAL

	P1A	PIB	P2A	P2B	P3A	
1	1	1	0	1	0	1
2	1	1	0	1	0	1
3	0	0	1	1	0	1
4	1	1	0	1	0	1
5	0	0	1	1	0	0
6	1	1	0	1	0	1
7	1	1	0	1	0	1
8	1	1	0	1	0	1
9	0	0	1	1	0	1
10	1	1	0	1	0	1
11	0	0	1	1	0	1
12	1	1	0	1	0	1
13	0	0	1	1	0	1
14	1	1	0	1	0	1
15	1	1	0	1	0	1
16	0	0	1	1	0	1
17	1	1	0	1	0	0
18	0	0	1	1	0	1
19	1	1	0	1	0	1
20	1	1	0	1	0	1

VARIABLES QUE PRESENTARON MAYOR PONDERACIÓN Y CORRELACIÓN EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN

ANEXO C

PREESCOLAR	EDUCACIÓN ESPECIAL	TERAPIA FÍSICA	PERSONAL
<p style="text-align: center;">K=19/29</p> <p>SERVICIO INFORMACIÓN ENTREVISTA EVALUACIÓN TRABAJO AVANCES PROCESO RESPONSABILIDAD VIGILANCIA TRATO COSTO PAGO ÁREA ASESORÍA LOGROS TAREA ORIENTACIÓN MOTIVOS USO</p>	<p style="text-align: center;">E=19/25</p> <p>SERVICIO INFORMACIÓN ENTREVISTA EVALUACIÓN TRABAJO AVANCES ATENCIÓN RESPONSABILIDAD VIGILANCIA PADRE COSTO PAGO ÁREA ASESORÍA LOGROS TAREA MADRE CONSTANCIA USO</p>	<p style="text-align: center;">T=19/26</p> <p>SERVICIO INFORMACIÓN ENTREVISTA EVALUACIÓN TRABAJO AVANCES TERAPIA ÁNIMO EXPECTATIVA ACTIVIDADES COSTO PAGO ÁREA ASESORÍA LOGROS TRATAMIENTO AUSENTISMO MADRE PERSONAL</p>	<p style="text-align: center;">P=19/69/19</p> <p>SERVICIO INFORMACIÓN DIFUSIÓN EVALUACIÓN TRABAJO AVANCES PROCESO RESPONSABILIDAD EXPECTATIVA TIEMPO COSTO PAGO ÁREA ASESORÍA LOGROS TRATAMIENTO AUSENTISMO DIALOGO PERSONAL</p> <p>ESTIMULACIÓN SATISFACCIÓN POBLACIÓN PUBLICIDAD CUMPLIMIENTO AUTORIZACIÓN INDICACIÓN PRÁCTICA OFERTA HORARIO BENEFICIOS UTILIZACIÓN REPORTE CAPACITACIÓN ACTITUD PUNTUALIDAD INDICACIONES COMUNICACIÓN RESULTADOS</p>

ANEXO H

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: La ausencia de todo tipo de barrera (geográfica, financiera, cultural, lingüísticas, etc.) para que la comunidad pueda utilizar servicios de salud disponibles, en forma oportuna.

ACEPTACIÓN: Satisfacción de la población con relación a los servicios.

ACREDITACIÓN: Método de evaluación que se basa en el proceso de certificación de una institución cuando cumple los requisitos básicos preestablecidos de instalaciones, equipos, dotación de personal, adiestramiento y otros aspectos.

ACTITUD: Concepto que guía pensamientos, sentimientos, y comportamientos hacia un objetivo particular.

ACTIVIDAD: Conjunto de tareas organizadas para alcanzar una parte a todo el objetivo de un determinado componente de un programa.

APTITUD: Una disposición y capacidad para aprender.

ATENCIÓN MÉDICA: Es el proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención cuando es posible, o si no lo fuera, su diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS): Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesto al alcance de todos los individuos y familias, de la comunidad, mediante plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. Además forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central, y de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. La APS constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN: Medida del grado de relación o de armonía entre dos conjuntos de medidas del mismo grupo de individuos. El más usado es el conocido como de Pearson (pearsoniano) que va de 0.00 que denota una completa ausencia de relación hasta 1.00 que denota una perfecta correspondencia que puede ser negativa o positiva.

COMUNIDAD: Una agrupación relativamente pequeña de gente centrada alrededor de residencias individuales o de lugares de trabajo y basada en pautas o patrones de interacción diarias.

CONCEPTO: Construcción que expresa las relaciones básicas entre fenómenos percibidos, lo cual permite un análisis experimental.

CONDICIONES DEL OBJETIVO: Son las condiciones que se van a realizar en la ejecución que parte del nivel del logro de objetivos.

CONFIABILIDAD: Capacidad de una prueba para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones.

CONOCIMIENTO : La certeza de que los fenómenos son reales y que poseen características específicas identificables.

CONTROL: El medio por el cual una organización intenta asegurar que su operación se lleva a cabo de acuerdo con los planes elaborados para alcanzar los objetivos.

CONSULTA PSICOLÓGICA: La atención brindada por un profesional psicólogo en un consultorio externo o en el domicilio de un paciente.

CREATIVIDAD: Es una reflexión intuitiva de cosas percibidas en una expresión simbólica.

CRITERIO: Un patrón o un "test" previamente establecido por el cuál se evalúa un comportamiento terminal.

CULTURA: Son los rasgos, implementos, creencias y prácticas que caracterizan un cierto grupo de gente.

CURVA DE GAUSS, CURVA NORMAL: Se caracteriza porque, dadas la desviación y la desviación estándar; es posible reconocerla toda y precisar el área que existe bajo cualquier segmento de ella.

DECISIÓN: La elección entre alternativas donde el pronóstico del resultado se debate entre certidumbre, riesgo e incertidumbre; se basa en procesos mentales racionales, empíricos y/o la intuición.

DEMANDA: Lo que se pide por autoridad o lo que se reclama como un derecho.

DERECHO: Un valor que la persona reclama como propio; presupone un elemento de autoconciencia de un pensamiento racional.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL (PSICOLOGÍA SOCIAL DE LAS

ORGANIZACIONES): Enfoque del campo de la administración en el cuál se encuentran aspectos conductuales, tales como integración grupal, roles, motivación y conflicto, liderazgo y cambio, tareas del consultor de organizaciones, etc.

DESVIACIÓN ESTANDAR: Medida de variabilidad o dispersión de un conjunto de puntuaciones.

DIAGNÓSTICO: En medicina o en psicología es un proceso de reconocimientos de la presencia y características de una enfermedad por sus signos y síntomas o de llegar a una conclusión acerca de la condición encontrada.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: Las categorías generales y totales que describen las condiciones bajo las cuales recolectará, presentará y analizará la información para cumplir con el propósito del estudio.

DISPONIBILIDAD: La presencia de infraestructuras física y de potencial humano para la prevención de servicios personales de salud.

EFICACIA: El logro de los objetivos sin tomar en cuenta el costo o los recursos. Sin embargo, la organización debe tomar en cuenta cuatro determinantes: producción, satisfacción, adaptación y desarrollo.

EFICIENCIA: La racionalización del grado del logro para aumentar la productividad, o sea, la diferencia máxima posible entre dos conceptos, por un lado un término económico y por el otro una característica del proceso de producción.

ENCUESTA: Método de investigación con el cuál se miden las opiniones de un vasto número de personas.

ENFOQUE SOCIAL: Es un enfoque bajo "gestalt" el cuál intenta mirar el todo, en todas sus partes inter-relacionadas e independientes en su acción.

ENTRADA O ESTRUCTURA: Cualquier elemento que se toma del ambiente y que entra al sistema para ser empleado o transformado en salida de sistemas.

EQUIDAD: La notación de compartir los beneficios y las responsabilidades de una sociedad en forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población dando un trato igual a los que tienen las mismas necesidades y capacidades.

ERROR ESTANDAR: Consiste en la desviación standard de la distribución de promedios muestrales.

ESCALA DE VALORES: Es la serie graduada de criterios o puntos de referencia con la presencia o ausencia de un atributo o característica.

ESCALA NOMINAL: Es aquella escala de medición que establece grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de un atributo o característica.

ESCALA NOMINAL DICOTÓMICA: Aquella que en el atributo permite graduaciones cerrada de una etapa a la siguiente, sin que existan graduaciones intermedias.

ESCALA ORDINAL: Es aquella escala de medición que permite establecer un orden.

ESTADÍSTICA: Ciencia que tiene por objeto agrupar metódicamente todos los hechos que se prestan a una valuación numérica.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: Aquella que resume las propiedades de un conjunto de datos sin la aplicación de pruebas estadísticas superiores en la muestra a la población en estudio.

ESTADO: Conjunto de instituciones político-económico que sirve para gobernar una nación o un país.

ESTRUCTURA: La relación legítimo y racional de recursos humanos y materiales coordinados formalmente a través de jerarquía, autoridad, división del cumplimiento de ciertas metas, propósitos y objetivos conocidos y aceptados.

ÉTICA: La disciplina que fija las leyes ideales que los humanos deben cumplir en relación con lo que debe ser, juzga el bien y el mal explicando las razones de ese juicio.

EVALUACIÓN: Es el proceso de comparación entre valores observados y valores esperados establecidos previamente desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo en un periodo de tiempo.

FRECUENCIA: El número de veces que acontece un elemento durante el ciclo.

GRUPO: Número relativamente pequeño que interactúan entre sí.

HABILIDAD CONCEPTUAL: La que permite comprender la complejidad estructural de la organización en su totalidad y sus objetivos.

HABILIDAD HUMANA: La que permite trabajar para y a través de la gente.

HABILIDAD TÉCNICA: La que permite los variados conocimientos métodos, técnicas y equipos que apoyan la función administrativa en forma integrada y oportuna dirigida a tareas específicas.

HIPÓTESIS: Una afirmación específica de relación entre dos o más variables basada en un marco de referencia conceptual.

INDICADOR: Fenómeno observable o perceptible que pone en evidencia otro fenómeno que no es inmediatamente aprehensible.

ÍNDICE: Número compuesto por otros dos o más números o indicadores que permite una expresión en forma matemática o estadística, la cuál puede ser tomada como estándar para ser comparada con la realidad.

INFRAESTRUCTURA: Todo aquello que hace posible el proceso de producción

INPUT: Entrada. Aquello que se convierte en sujeto del sistema o el material sobre el cuál opera el sistema.

INTERACCIÓN: Denota casos en los cuales los efectos de una variable independiente son causados o dependen de otros.

INVESTIGACIÓN: Método de establecimiento para obtener nuevos conocimientos el cuál puede ser verificado y generado más allá de la muestra estudiada.

INVESTIGACIÓN EVALUATIVA: Es la que propone lo que se debe hacer.

INVESTIGACIÓN OPERATIVA: La que se refiere a lo que se puede hacer.

INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Aquella que se relaciona con el desarrollo y funcionamiento de instituciones sociales que tienen responsabilidad en el bienestar de la población respecto al proceso de salud-enfermedad. Es sistemática y evaluativa en aquellos factores específicos que tienen un gran impacto, porque se hace en momentos definidos sobre los problemas relevantes interrelacionándolos. Es evaluativa en términos de necesidades, demandas, patrones de unas prioridades, viabilidad de programas, disponibilidad, acceso, adaptación, costos de calidad, etc., en fin todos aquellos rubros que en un país o institución tiene una significación de los resultados.

ISÓCRONA: En atención médica la posibilidad de que la población según el medio de transporte que utilizan, puede llegar al sitio en el que se recibirá atención en un tiempo que es igual o cuando menos similar, para todos.

LEY: Aquello que está dictado, ordenado y establecido.

LIDERAZGO: Habilidad de una persona de inducir a los seguidores a trabajar juntos con confianza y celo de tareas que el líder estableció.

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL: Es el uso de uno o más conceptos como exposición razonada que sustenta la selección del problema en estudio. Cuando se usan dos o más conceptos juntos y vinculados para explicar el tema de investigación forman el marco de referencia conceptual.

MEDIA O MEDIA ARITMÉTICA: Promedio aritmético de un conjunto de puntuaciones. Para calcular la media se suman todas las cantidades y luego se dividen entre el número de puntuaciones de que consta el conjunto.

MEDIANA: Punto medio del grupo.

MEDICINA: Arte y ciencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud.

MEDICIÓN DE OBJETIVOS: Un proceso por el cuál se establece una relación de correspondencias entre un conjunto o serie de números y otro de personas u objetos según normas establecidas.

META: El resultado cuantificable esperado del número de actividades que deben realizarse como parte de un determinado componente en un programa en un plazo de tiempo.

MÉTODO: Modo razonado de obrar. Debe subordinarse a los conceptos condiciones y límites de su validez y no construirse en el punto de partida pues es equivalente a seleccionar primero el medio antes de haber.

MODA: La puntuación que ocurre más frecuentemente en una distribución de puntuaciones.

MODELO: La duplicación de la realidad empírica o de una teoría científica con la que guarda igualdad en formas.

MODELO CONCEPTUAL: Aquel que expresa una idea general de la situación gracias a la selección de hechos que ordenan según conceptos establecidos acerca del fenómeno social que se estudia.

MODELO DE SISTEMAS: Se basa en la teoría general de sistemas y pone énfasis de que el hecho de que en un sistema social todos los elementos cambian cuando se actúa sobre uno de ellos.

MODELO MATEMÁTICO: Abstracción en que las relaciones existentes entre las variables y el objetivo se expresan en términos matemáticos.

MUESTRA: Grupos específicos de personas, cosas o eventos incluidos en el estudio de investigación. Debe representar o ser característica de la población de la cuál se extrae,

además de que el tamaño depende del tema de investigación de población que se saca y del propósito del estudio.

MUESTREO: Es la práctica de la selección de una pequeña parte del grupo total a considerar, con la finalidad de definir el valor de una o varias características del grupo.

MUESTREO NO PROBABILISTICO: Cuando los elementos que entran en la muestra no son seleccionados mediante el azar; sino conforme a criterios deliberadamente establecidos.

NECESIDAD: Todo aquello a lo cuál no es posible sustraerse, faltar o resistir o bien es la falta de las cosas que son menester para la conservación de la vida.

NIVELES DE ATENCIÓN: Gradación de la atención que se basa en el tipo de problema y de recurso de atención necesaria. En un enfoque funcional un primer nivel que es la persona y la familia puede resolver una serie de problemas médicos de diversos indoles.

NORMA: Regla o pauta de atención.

OBJETIVO: El enunciado de un resultado unívoco claro, preciso, factible y medible que se tiene una vez que se ha terminado el proceso.

OBJETIVO ESPECÍFICO: El que establece la conducta en un grado más específico.

OBJETIVO OPERATIVO: Aquél en él que el resultado se expresa mediante un verbo mediante un nivel de concepción de tal forma que no se confunda con otra interpretación.

ORGANIGRAMA: Una representación gráfica de la estructura u organización formal de una empresa, indicando las líneas de autoridad, responsabilidad y coordinación.

ORGANIZACIÓN: El desarrollo de cada uno de los planes el cuál es el producto de las acciones que se han llevado a cabo a partir de los propósitos, objetivos, políticas y estrategias.

ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL (ONG): De carácter privado, no lucrativa.

OUTPUT: Salida

PARADIGMA: Una matriz disciplinaria. Es matriz porque se compone de varios elementos diferentes, cada uno de los cuales requiere de especificación disciplinaria, cuando se refiere a la posesión común de los elementos que se evalúan y se analizan dentro de una disciplina ordenada, lógica y progresiva.

POBLACIÓN: Universo de personas, cosas, eventos. En temas de investigación la población tiene características específicas y sirve como base para la selección de la muestra.

PODER: Habilidad de actuar, es la fuerza o energía que hace posible los objetivos y en algunas ocasiones impone los deseos de una persona a otros.

POLÍTICAS: Guías, pautas o directrices que orientan la acción.

PROBLEMA: Un estado de no-satisfacción entre individuos o grupos ante hechos reales de la naturaleza, presentes o anticipados, que no permiten alcanzar un cambio deseado o propuesto.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: Descripción y discusión lógica de la situación, ideas, conceptos, o teoría que indica el estudio; además provee un marco de referencia para el propósito, sujeto y lugares de estudio en un contexto de investigación.

PROCEDIMIENTO: Descripción clara y precisa de pasos secuenciales o interrelacionados, generalmente expresados cronológicamente, que se apoya en las políticas para lograr el objetivo.

PROCESO: Forma o manera cómo un sistema transforma las entradas en salidas.

PROGRAMA: Un conjunto organizado de servicios, actividades y proyectos de desarrollo dirigidos al logro de objetivos definidos.

PROGRAMACIÓN DE SALUD DE UN PAÍS: Es la identificación sistemática de problemas prioritarios de salud en el país, la especificación de objetivos operacionales para la solución de estos problemas y la formulación de programas consistentes en la interrelación de métodos, actividades, recursos, tiempo y organización requeridos para el logro de estos objetivos.

PROMEDIO: Medida de tendencia central, los más frecuentes son: media, mediana, y moda.

PROPÓSITO: La declaración sobre qué se intenta estudiar, dónde se va a hacer ¿A quién se afectará?

REGIÓN: Es una área geográfica de un país la cual es objeto de planificación para desarrollo socioeconómico o para propósitos específicos de atención a la salud.

REGIONALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: La organización de los servicios de salud para la población que habita dentro de una democracia geográfica (región) a fin de que los servicios que se ofrezcan sean de la más alta calidad de acuerdo con los recursos existentes. Como método la regionalización requiere coordinar o integrar los servicios de manera que estos funcionen como un sistema único, articulado y de complejidad graduada.

SALIDA: Los productos de un sistema, los resultados o el éxito de los procesos utilizados por el sistema.

SALUD: Existen múltiples conceptos de lo que es la salud que están en razón de la cultura de la población la educación de los proveedores de servicios y los integrantes de las autoridades.

SERVICIOS CURATIVOS: Son los servicios encargados del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades orgánicas o mentales que son consecuencias de la exposición o riesgo biológicos o físicos a agentes dafinos para los hombres.

SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD: Una red de unidades de salud prefabricadas inmediatas y centrales coordinadas, dotadas de personal profesional y auxiliar competente, capaz de realizar efectivamente un grupo seleccionado de funciones esenciales.

SERVICIO DE SALUD: Un sistema permanente de instituciones establecidas, cuyos objetivos múltiples son afrontar en el campo de la salud las variadas necesidades y demandas de la población y en consecuencia, proveer atención de salud a los individuos y a la comunidad.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS): Un sistema de servicios de salud que se extiende como un derecho para cubrir la población nacional entera o muy cercano a ello.

SESGO: Cuando la desviación acerca del valor real tiene una tendencia sistemática.

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA: Lo que reúne los criterios de importancia y pertinencia.

SISTEMA: Un todo organizado y complejo integrado por elementos que se relacionan directa o indirectamente, para dar un resultado que es diferente a la simple suma de sus partes. Los elementos pueden ser conceptos, objetos o sujetos.

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS): Todas aquellas actividades formales e informales centradas en la provisión de servicios de salud para la población dada y la utilización de tales servicios para la población.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: En informática, proceso de búsqueda destinada a pasar de un estado inicial a uno final.

SUPERVISIÓN: Directrices y orientaciones dadas a uno o más individuos que ejecutan trabajos y operaciones asignadas.

“TEST”: Instrumento, dispositivo, forma o medio que por su naturaleza facilita de alguna forma la evaluación o medición.

TRABAJO DE EQUIPO: Un método de trabajo hacia una meta u objetivo común el cuál permite a varias personas hacer el mismo una de las cualidades mediante la combinación de sus destrezas y experiencias.

VALIDEZ: Característica del método de recolección de datos o del instrumento de medir el fenómeno que pretende medir; sin errores sistemáticos.

VALIDEZ EXTERNA: Grado de confianza del investigador para generalizar resultados desde los hallazgos del estudio.

VALIDEZ INTERNA: Grado de confianza del investigador de que la variable independiente, y no otra cosa, es responsable por las diferencias observadas en la variable dependiente.

VALOR: Aspecto de una situación, evento u objeto que es inadvertido con un interés preferencial.

VARIABLE: Cualquier cosa, evento o persona que puede ser medida o descrita en alguna escala, cualquier cosa que varía o que alterna cualitativamente alguna dimensión.

VARIABLE CONTINUA: Aquella variable en la cuál la medición es posible tanto en unidades totales, como en partes fraccionales de unidades, Ejemplo: estaturas, edad, etc.

VARIABLE EN CONTROL: Aquella que necesita ser controlada, mantenida constante de manera que su efecto sea neutralizado, suprimido o igualado para todas las condiciones. Ejemplo : edad, sexo, cociente intelectual, etc.

VARIABLE DEPENDIENTE: Aquella que es medida después de ser expuesta a niveles de la variable independiente, es el efecto presumido en una relación causa-efecto.

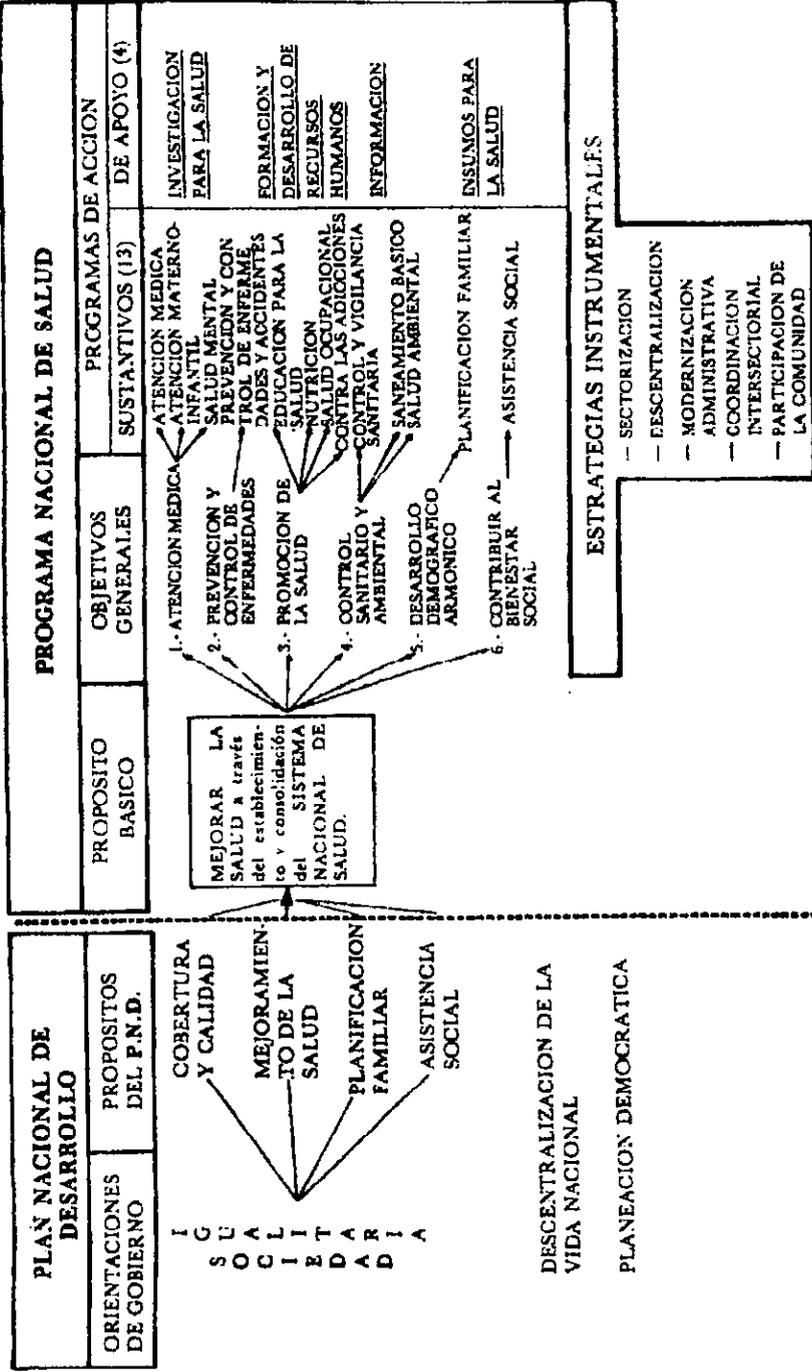
VARIABLE DISCRETA: Es aquella en la cuál la medición es posible solamente en unidades enteras o totales a) variables dicotómicas, b) variables de categorías limitadas, c) variables de categoría múltiple, d) variable de categoría infinita.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Aquella que se manipula por el investigador, en un estudio experimental para determinar su influencia en las variables dependientes, es la “causa” presumida en relación causa-efecto.

VARIANZA: Es el grado de diferencia o desviación alrededor de promedio en una distribución en frecuencia.

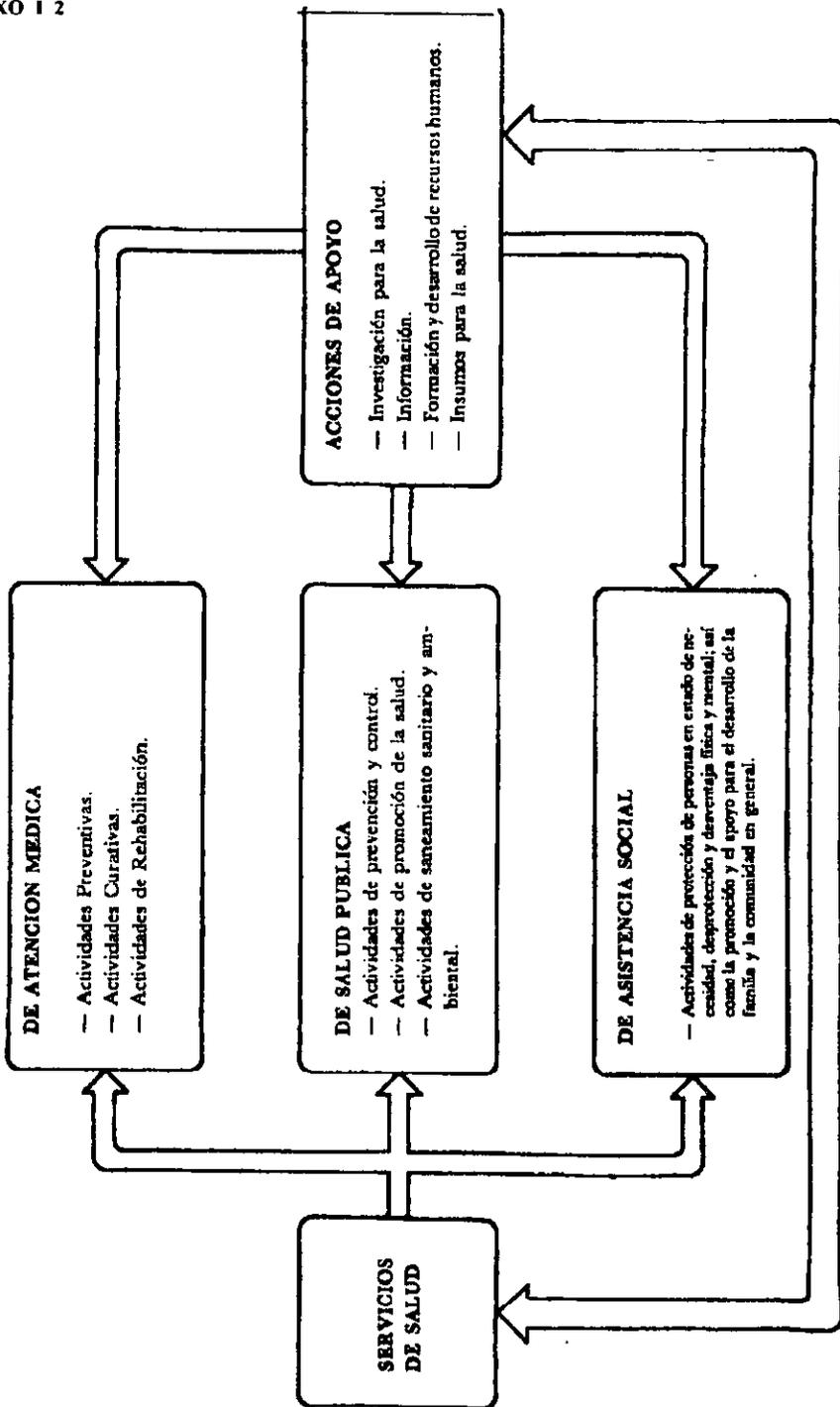
VARIABLES: Condición referida a una investigación la cual incluye no sólo la factibilidad técnica para realizar el proyecto sino fundamentalmente la aceptación social que permite la subsistencia del proyecto.

SECTOR SALUD

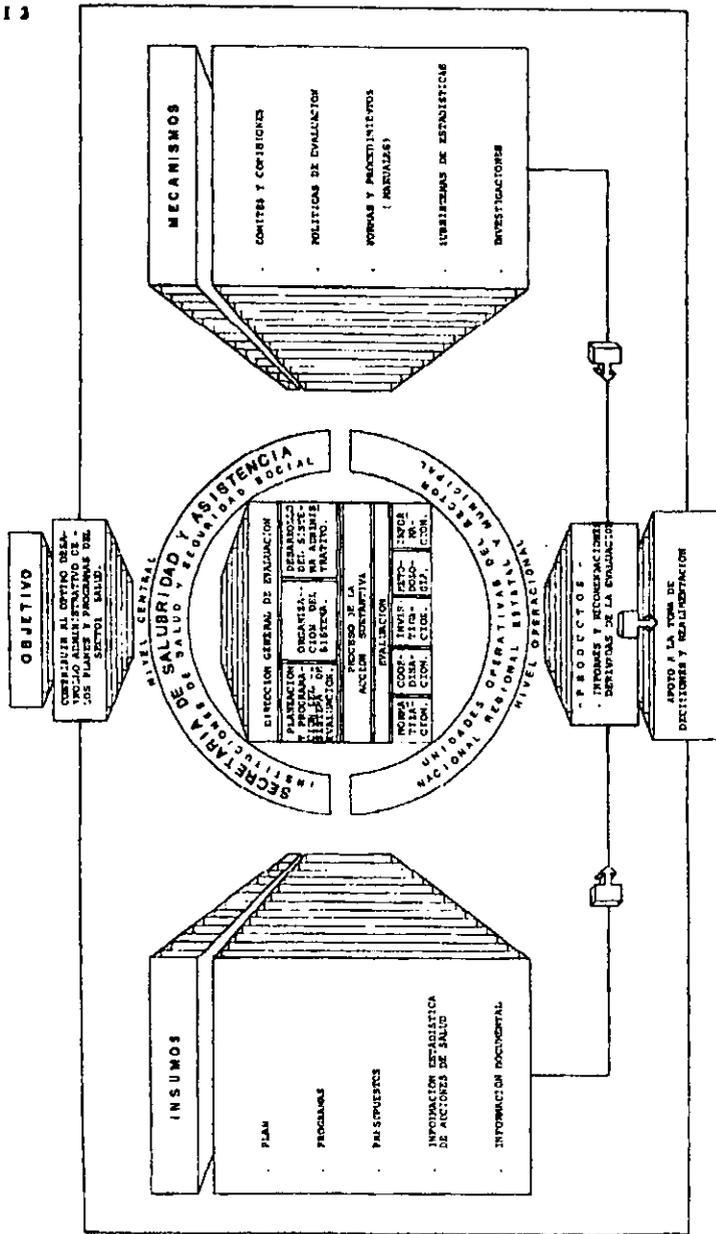


SISTEMA NACIONAL DE SALUD

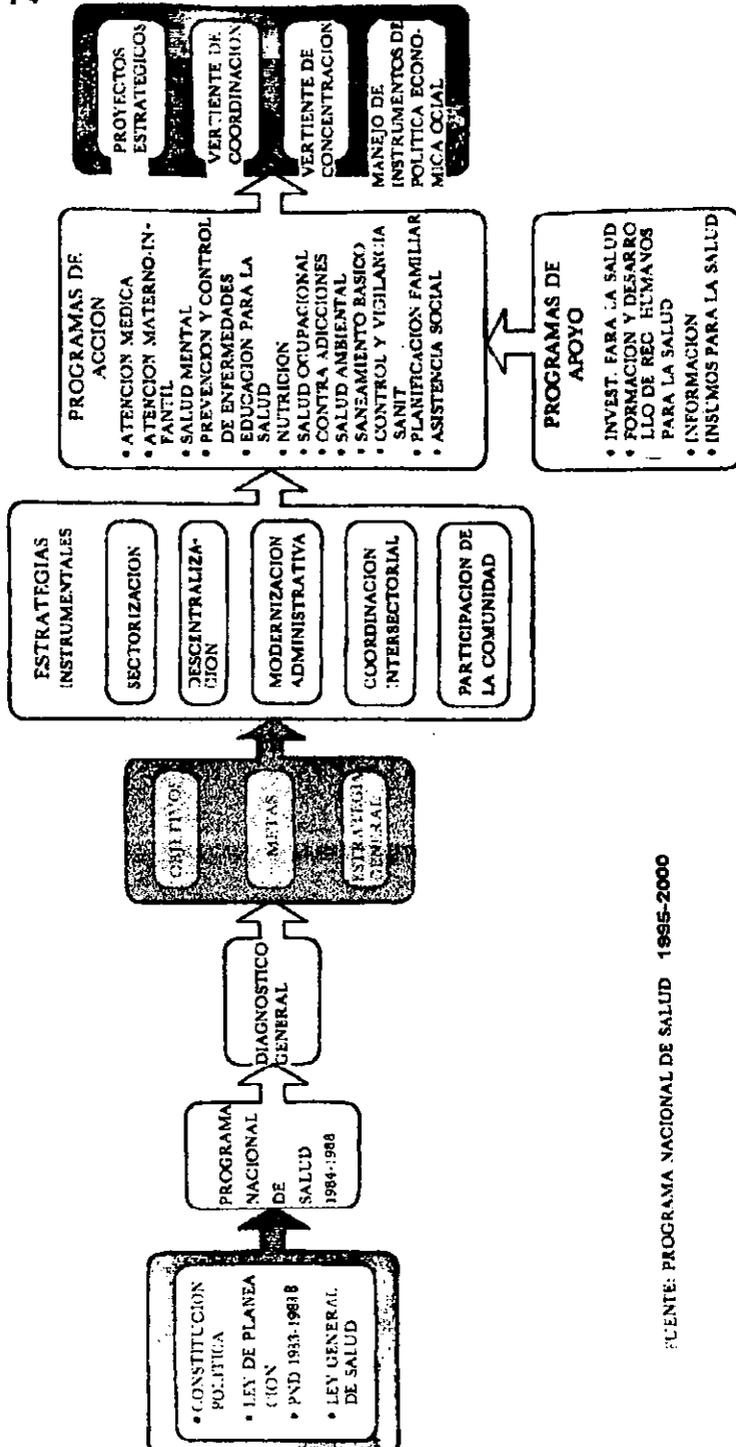
—SERVICIOS—



COMPONENTES DEL SISTEMA



ESTRUCTURA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

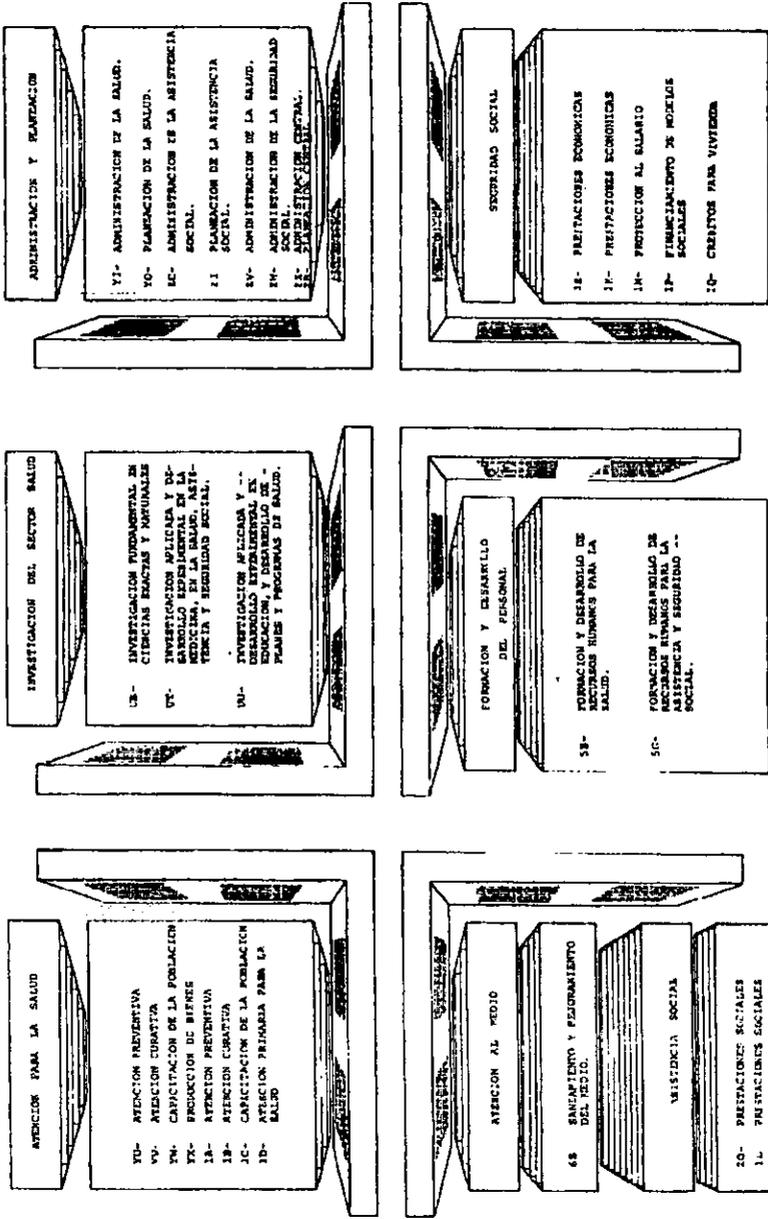


FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1985-2000



UNIVERSO PROGRAMÁTICO
(PROGRAMAS ACTUALES DEL SECTOR)

ANEXO I 5

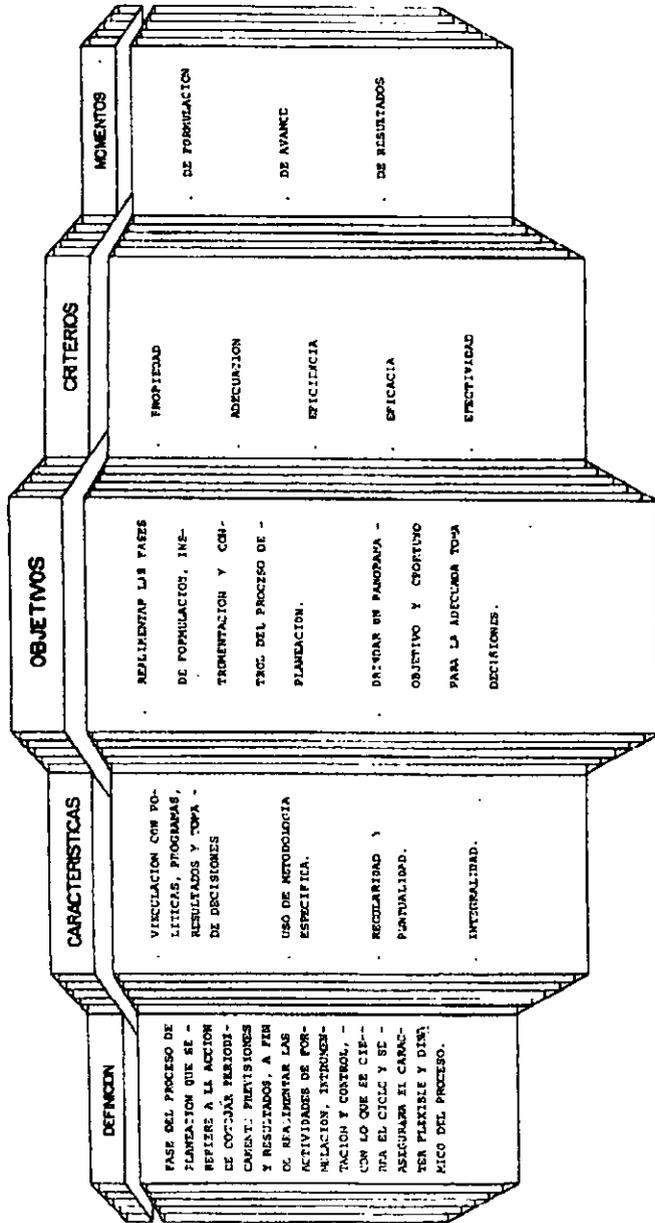




SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN DE EVALUACION

ANEXO I



FUENTE: SSA, Cuaderno Técnico de Planeación, México, 1984, Vol. 1

