

01921
82



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
MENTALES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
JULIA HILDA GARCÍA LUÉVANO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ



MÉXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

A las personas que laboran en la Universidad Nacional Autónoma de México, por su trato atento y amable en todos mis trámites escolares.

Particularmente a los profesores de la División de Universidad Abierta, por su dedicación y paciencia.

Especialmente a los profesores que me apoyaron en la elaboración de la Tesis, a quienes admiro y respeto porque con su ejemplo me impulsan a ser cada día una mejor persona.

Directora:	Lic. Yolanda Bernal Álvarez
Presidenta de jurado:	M.C. María Isabel Haro Renner
Jurado:	Mtra. Araceli Lambarri Rodríguez
Jurado:	Lic. Victor Manuel Gaytán Herrera
Jurado:	Lic. Jorge Álvarez Martínez.

Al Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", por darme la oportunidad de conocer de cerca su forma de trabajar.

Y, por brindarme su cariño y su apoyo en todo momento:

A mi esposo y mis hijos.
A mis padres y mis hermanos.
A mis familiares políticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	11
<i>PSIQUIATRÍA COMUNITARIA</i>	
Antecedentes	11
Definición	16
Enfoques	17
CAPÍTULO 2	22
<i>EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"</i>	
Antecedentes	22
El equipo interdisciplinario	26
Los programas y actividades	28
CAPÍTULO 3	33
<i>LA ENFERMEDAD MENTAL</i>	
Antecedentes	33
Definición	34
Enfoques	36
Conceptos de Salud y Enfermedad	39
Principales alteraciones en la salud mental en la infancia, niñez y adolescencia	42
CAPÍTULO 4	61
<i>PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES</i>	
Antecedentes	61
Definición	62
Enfoques	64
Tipos de prevención	68
CAPÍTULO 5	77
<i>EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES</i>	
Antecedentes	77
Definición	79
Enfoques	81
Alcances y Limitaciones	90

D

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 6	96
<i>ELEMENTOS GENERALES PARA UNA PROPUESTA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA: "EJEMPLO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES PARA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS"</i>	
Justificación	96
Objetivo general	98
Estructura	98
Sesiones	98
Actividades	98
Sistema de enseñanza-aprendizaje	98
Material	98
Escenario	99
Bibliografía	99
Contenido	100
ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PROPUESTA	128
CONCLUSIONES GENERALES	129
ANEXOS	132
GLOSARIO	161
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164

I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se resalta la importancia de la participación del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales en un equipo de psiquiatría comunitaria, y se describen las actividades que se realizan en esta materia en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", de donde se derivan los elementos generales que pueden articular una propuesta de psicología comunitaria.

El problema de las enfermedades mentales trasciende al sector de la salud, hasta el punto de involucrar aspectos sociales y educativos.

En México, el crecimiento acelerado y desorganizado de la población, está relacionado con una serie de problemas mentales, ya que éste genera condiciones de vida estresantes para sus habitantes, mismas que a la vez se vinculan con graves conflictos sociales, familiares, económicos, clínicos, educativos y laborales, como: el alcoholismo, la fármaco-dependencia, la delincuencia, el desempleo, el rompimiento de la estructura familiar y muchas formas de violencia, incluyendo al suicidio¹. De la Fuente² señala que del 30 al 40% de los enfermos que acuden a consulta y del 20 al 30% de los enfermos internados en hospitales generales, presentan, en combinación con factores somáticos, algún tipo de trastorno psicológico. Además, la falta de atención oportuna a un paciente psiquiátrico, ocasiona al gobierno y a la familia gastos de hospitalización y rehabilitación muy elevados.

Esta situación presenta la necesidad de enfrentar los problemas de salud mental tratando al individuo y a la sociedad como un todo. El sistema de salud atiende a esta necesidad realizando actividades de prevención programada y anticipada para la detección de riesgos específicos en individuos, familias y comunidades.

Los profesionales en el campo de la salud mental, incluyendo al psicólogo, constituyen un equipo de trabajo, integrándose a la comunidad para enfrentar esta problemática de forma interdisciplinaria.

La tarea de la prevención que se asigna al psicólogo, es la de extender la atención psicológica más allá de los muros de los dispensarios y las instituciones, hasta donde viven nuestros usuarios: la escuela, la fábrica, el barrio, etc. De esta manera, sus actividades se proyectan hasta la misma comunidad, con la meta de detectar oportunamente a las personas que presentan trastornos mentales, para que reciban el tratamiento adecuado, y entrenar a sus líderes naturales como son: los maestros, padres de familia, dirigentes sindicales, orientadores religiosos o cualquier otra persona que tenga un área de influencia dentro del grupo social de

¹ ROSEN, G. (1974) *Locura y Sociedad. Sociología Histórica de la Enfermedad Mental*. Alianza, Madrid. P. 317.

² DE LA FUENTE, R. (1997) *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México. p. 40

referencia, para que colaboren en el cuidado de la salud mental del mismo. Esta labor del psicólogo se conoce como "psicología comunitaria".

Al respecto, Mirta Videla ³, describe a la Psicología Comunitaria como "el conjunto de estrategias psicológicas tendientes al afianzamiento de un verdadero ejercicio de la libertad" (concepto que toma de Paulo Freire). En esta práctica, esta autora define a la prevención como "el enfrentamiento de las causas sociales de la enfermedad y la búsqueda de soluciones con el conjunto de la comunidad y su plena participación". Dentro de este marco teórico, se considera que la función del psicólogo es la de "facilitador de los procesos de participación", en los que la comunidad diagnostica sus problemas y se apropia o genera los recursos para solucionarlos.

Videla reúne el pensamiento de tres autores: Gerald Caplan, José Bleger y Paulo Freire, porque ellos constituyen el punto de partida para el abordaje de la prevención en el campo de la psicología en los países de habla hispana, con un marco teórico que parte de la psiquiatría preventiva, incluyendo conceptos psicoanalíticos y de la psicología social, para enriquecerse con los conceptos de la pedagogía de la liberación⁴.

Gerald Caplan ⁵ propone a los psiquiatras y psicólogos de todo el mundo el modelo de prevención por niveles, el cual constituye una revolución en materia de salud mental, desde la administración de Kennedy⁶, porque cuestiona a la concepción psiquiátrica tradicional.

La revolución del modelo de Caplan consiste en cambiar el criterio individualista, asilar y asistencialista de la psiquiatría clásica, por un criterio clínico, basado en la prevención y control de los trastornos mentales a nivel comunitario.

Este autor define a la psiquiatría preventiva como "el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que puedan utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan y el deterioro que puede resultar de éstos".

Este modelo parte considerando a la comunidad como contenedora de factores benéficos o perjudiciales para la salud mental.

La prevención es considerada como una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos:

³ VIDELA, M. (1991) *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Ediciones Círculo, Buenos Aires, pp 57-58

⁴ Las actividades del Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" son un ejemplo de la vigencia de este marco teórico.

⁵ CAPLAN, G. (1964) *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Basic Books, New York.

⁶ Kennedy, en su discurso del 5 de febrero de 1963, propuso un Programa Nacional de Salud Mental, al referirse al tema de la enfermedad y el retardo; según menciona VIDELA, op. cit.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La prevención primaria está destinada a disminuir la incidencia, o sea, casos nuevos de trastornos mentales en una determinada etapa de la enfermedad. Aquí, Caplan introduce el concepto de "agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que pueden producir enfermedad.

La prevención secundaria está dirigida al grupo poblacional que, a pesar de las acciones anteriores, padecerá trastornos mentales. Está destinada a disminuir la prevalencia, es decir, la duración de los casos probados de enfermedad. Se utilizan estrategias de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Sólo se llama prevención porque tiende a evitar la cronicidad y las secuelas.

El tercer nivel de prevención es la prevención terciaria, que apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración.

Caplan propone coordinar las actividades entre profesionales y no profesionales (agentes sanitarios), fundando las bases de desarrollos posteriores en materia de interdisciplina. Al igual que Bleger, acepta la idea de las situaciones de cambio social como conducentes a la enfermedad.

José Bleger ⁷ ofrece un marco teórico de resonancia en lo que se refiere a elementos fundamentales para la prevención y la psicología comunitaria. Parte de un concepto para él esencial: la función social del psicólogo y la trascendencia social de la psicología.

Este autor se preocupó por diseñar el rol de los psicólogos como "agentes del cambio social" y la necesidad de que se incluyeran dentro de las tareas comunitarias y preventivas. Declara que "la función social del psicólogo es la salud pública y, dentro de ella, la prevención de las enfermedades mentales, actuando antes de que hagan su aparición". Remarca la importancia del trabajo interdisciplinario, lo que él llama trabajo en equipo o trabajo grupal. Afirma que, para promover bienestar, se debe atender la relación interpersonal, a la cual señala como un posible factor patógeno de nuestra civilización.

Bleger destaca la necesidad de promoción de un mejor nivel de salud popular, a partir de lo cual enfatiza que la prevención debe trasladarse de la enfermedad a la salud y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos. Advierte que debemos prevenir y estudiar las actitudes prejuiciosas frente a la prevención, presentes aún entre los profesionales de la salud. Menciona dos polos opuestos en estas actitudes: "Se espera soluciones milagrosas, o se desvalorizan todas las posibilidades de realizaciones". Estas actitudes extremas dificultan o imposibilitan el necesario sentido de la realidad en el trabajo comunitario.

Para Bleger, la comunidad es una entidad social con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área limitada, y una

⁷ BLEGER, J. (1972) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Ed. Paidós. Buenos Aires. pp 20-44

convivencia próxima y duradera de determinado número de individuos en constante interacción. El acceso psicológico a una comunidad está centrado en un objetivo de estudio de su estructura, de su organización, de sus problemas, de la forma como se vive, de las normas que la rigen, sus necesidades y la manera de satisfacerlas. Bleger toma de Pichon-Rivière el concepto de "conciencia crítica", al afirmar que es necesario ayudar a esclarecer los problemas y objetivos que la misma comunidad tiene funcionando en su seno, y favorecer que sus integrantes tomen conciencia de sus actitudes y de sus posibilidades como seres humanos.

La intervención psicológica en la comunidad se propone investigar la dinámica psicológica, en las situaciones concretas y reales en que se desarrolla su vida. El psicólogo se limita a esclarecer los problemas, actuando como asesor o consultor, haciendo tomar conciencia de las situaciones, exclusivamente a través de procedimientos y técnicas psicológicas.

Bleger propone un "psicoanálisis operativo", que consiste en un psicoanálisis aplicado, realizado "fuera del contexto" en el que se vive el psicoanálisis clínico, con cuatro características especiales:

- a) Se realiza en situaciones de la vida cotidiana, en cualquier actividad, quehacer o institución, en la realidad viva y concreta por la que atraviesa una persona (cambio de estado civil, traslados, muerte de familiar, maternidad, etc.)
- b) Se indaga para utilizar los datos obtenidos con el fin de lograr modificaciones a través de la comprensión del cómo y el por qué de lo que ocurre.
- c) Esta intervención se realiza mediante la interpretación de las situaciones, la organización o las relaciones interpersonales, para modificarlas. No es una operación única, sino una reiteración enriquecedora del mismo circuito formado por la observación-intervención-observación.
- d) No es un psicoanálisis nuevo y distinto, es una estrategia para utilizar los conocimientos psicoanalíticos.

Bleger aporta ideas de inconfundible valor para los profesionales dedicados a la prevención en psicología, tales como el estudio de las instituciones y el abordaje de sus patologías; la inserción de la tarea dentro de las comunidades dejando de lado un modelo intramuros de la psicología; la inclusión de la educación sanitaria como una parte importante de las tareas de prevención; la necesidad de aplicación de técnicas grupales y comunitarias; el enfoque interdisciplinario; la prevención como forma de abordaje de la vida cotidiana y, finalmente, su concepto sobre "psicoanálisis operativo", aquél que se realiza fuera del ámbito de la clínica y en situaciones humanas de la vida corriente. Veamos ahora la aportación de otro valioso autor: Paulo Freire.

Paulo Freire⁸, basa sus conceptos en una educación como práctica de la libertad, como un acto de conocimiento y aproximación crítica a la realidad. Su propuesta es una ruptura de modelos tradicionales en educación formal: la rectificación de la asimetría entre el educador y el educando, como el que enseña y el que aprende. Declara que "no es posible enseñar sin aprender a la vez... nadie educa a nadie, pero al mismo tiempo nadie se educa enteramente solo". El educador debe aprender con el educando cuál es la realidad del grupo con el que se trabaja, cuáles son sus herramientas utilizadas para enfrentarla y qué elementos aún no posee, así como si existe el interés en adquirir otros nuevos. Por otra parte, propone y realiza su trabajo fuera de los muros de la escuela, con un desarrollo informal, extraescolar y extrainstitucional.

Freire⁹ propone una herramienta educacional por la cual se pueden liberar todas las potencialidades de las personas, favoreciendo una visión crítica de la realidad, que permita elaborar instrumentos para resolver sus problemas.

El concepto de "concientización" es su método para la liberación de los oprimidos, mediante el cual propone darle palabra a la "cultura del silencio", con un proyecto pedagógico que es la afirmación de la capacidad creadora de todo hombre, aún aquél que consideremos más alienado. Mediante esa capacidad se puede descubrir la realidad y transformarla a través de la interacción entre el educador y el educando. "Concientizar" es eliminar los mitos, porque el mito es lo opuesto al sentimiento crítico de la realidad. Para poder alcanzar la liberación es necesario trascender situaciones límites en las cuales los hombres son reducidos al estado de cosas (por su falta de participación).

Al aplicar las ideas de Freire a la psicología comunitaria, el papel del psicólogo se considera como educador de la comunidad. Su tarea consiste en hacer que las personas se den cuenta de la situación en que viven, que ésta puede ser benéfica o perjudicial para su salud; y también de que poseen capacidades y habilidades para crear condiciones de vida favorables para preservar su salud mental.

Freire dice: "Es necesario poner distancia con el objeto y la realidad para aprehenderla. Todos los hombres codifican de acuerdo a su visión del mundo, la cual es fruto de su propia historia. Por eso las personas estamos ubicadas en nuestra propia situación espacio-temporal que nos influye y a la que influimos. Mientras más reflexionamos críticamente sobre nuestra realidad y nuestra existencia, más podemos obrar sobre ella, más hombres somos. En tanto mayor sea la posibilidad de reflexión sobre la realidad, habrá mayor conciencia y compromiso sobre la posibilidad de cambiarla.

Es esta creación continua de respuestas ante los desafíos del contexto -según Freire-, lo que permite al hombre ser el "creador de cultura", a la cual define como "la adquisición permanente de la experiencia humana, crítica, develadora, pero

⁸ FREIRE, P. (1973) *Pedagogía del Oprimido*. Siglo XXI, México, p. 29

⁹ FREIRE, P. (1971) *La Educación Como Práctica de la Libertad*. Siglo XXI, México.

jamás acumuladora de conceptos". El hombre es "hacedor de su historia", ya que ésta es la respuesta dada por los hombres a la naturaleza, a los otros, a las estructuras sociales. Un hombre capta los valores de su época y va creando otros nuevos, así va haciendo la historia." A manera de ejemplo de lo que declara Freire, se puede citar el cambio en el concepto de "enfermedad mental", a la cual se consideraba como "posesión demoníaca", "castigo de dios", "embruajamiento", etc. hasta llegar a los actuales conceptos, por ejemplo: "Destrucción de la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad de un individuo como reacción a las múltiples tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos"¹⁰.

Freire considera necesario que la educación esté adaptada al fin que persigue: permitir que el hombre llegue a ser sujeto, construirse como persona, transformar al mundo, entablar con los otros relaciones de reciprocidad, hacer la cultura y la historia. Para que el hombre sea hacedor de su historia, es necesario que no sea arrastrado por ella, por eso se lo debe preparar con una educación auténtica, que lo libere y que no lo domestique ni sojuzgue. Es preciso que esta educación contribuya a que logre la conciencia de la realidad y de su propia capacidad para transformarla.

Freire dice que nadie puede luchar contra fuerzas que no comprende, cuya importancia no puede medir, sino que soporta con resignación. Por eso es preciso la "toma de conciencia crítica" como primer objetivo de la educación, para luego reflexionar y acceder a una acción modificadora y organizada. El método propuesto es un proceso de "democratización de la cultura" que es instrumento para el educando y el educador, un acto de creación continuo, capaz de engendrar otros actos creadores, donde el hombre es activo inventor en un continuo estado de búsqueda. Es necesario un educador como facilitador del proceso del educando, que sistemáticamente, pero también que se deje educar por la práctica de la aproximación a la realidad del educando.

Freire habla de una "pedagogía del oprimido", con una profunda crítica de la educación como práctica de la dominación, a la que opone una práctica de la liberación de los sectores populares. Opina que la cultura latinoamericana es una "cultura del silencio", ya que las sociedades latinoamericanas han sido sociedades cerradas desde el tiempo de la conquista. Dice Freire: "Las sociedades latinoamericanas se caracterizan por una estructura social jerárquica y rígida; por la falta de mercados internos, ya que su economía está controlada desde el exterior; por la exportación de materias primas y la importación de productos manufacturados, sin que puedan imponer sus puntos de vista; por un sistema precario y selectivo de educación, en el cual las escuelas son un instrumento para mantener el status; por altos porcentajes de analfabetismo y enfermedad, entre las que están las típicas del subdesarrollo y la dependencia; por alarmantes tasas de mortalidad infantil por patologías evitables; por la destrucción irreparable de las facultades mentales por efecto de la discriminación política, racial y social; por una

¹⁰ SAN MARTÍN, H. (1982). *Salud y Enfermedad*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 4ª. Edición, México. pp 7-8

débil esperanza de vida y una elevada tasa de drogadicción, como consecuencia de la falta de proyectos y las crisis económicas permanentes".

Otro concepto importante de Freire, que ha servido de fundamento teórico a las propuestas diseñadas en materia de salud comunitaria, es el de "marginalidad". El analfabeto (no sólo del lenguaje, sino el que desconoce cualquier concepto necesario para la convivencia social) se considera, erróneamente, fuera o al margen de los que sí saben. La marginalidad, señala, no es una opción, el hombre marginado ha sido rechazado del sistema social y es mantenido fuera de él; es decir, es un objeto de violencia. Es un ser en el interior de una estructura social, en relación de dependencia respecto de lo que falsamente denominamos seres autónomos y que en realidad son seres dominantes.

Freire opina que los educadores con este marco de referencia equivocado, se sumergen en campañas de alfabetización o educación popular, creyéndose benévolo consejeros que recorren los barrios buscando analfabetos o ignorantes para hacerles supuestamente retomar el camino recto, para regalarles el conocimiento y la letra escrita. Menciona que la solución de los que no conocen, no es convertirse en seres en el interior de, sino en hombres que se liberen, puesto que en realidad no son ellos hombres al margen de la estructura, sino hombres oprimidos en el interior de esta estructura.

Freire propone una "pedagogía para la liberación", para que los oprimidos no traten de ser como el patrón, sino que sean conscientes de su posibilidad de apoderarse de su propia realidad para transformarla, con su capacidad y esfuerzo. Es precisamente gracias a la posibilidad de asumir una conciencia crítica, reflexiva, que pueden actuar modificando su realidad injusta, y recuperar la esperanza por la posibilidad de confiar en sus fuerzas, en sus potencialidades.

Afirma Freire¹¹ que la concientización es más que una simple toma de conciencia. Supone, a la vez, el superar la falsa conciencia, es decir, el estado ingenuo de conciencia, y una mejor reinserción crítica de la persona en una realidad desmitificada.

Por otra parte, Antonio Martín González¹², al hablar de psicología comunitaria, menciona que los psicólogos comunitarios deben poner sus conocimientos, en tanto enfoques teóricos y estrategias metodológicas adquiridas durante su entrenamiento académico, al servicio de las demandas que impone el trabajo en y con la comunidad. Al mismo tiempo, deben reconocer sus limitaciones y aceptar el enriquecimiento que se produce en sí mismos y en la práctica comunitaria por la labor en conjunto con otros recursos, ya sean profesionales o no.

Respecto a los principios de psicología comunitaria, este autor presenta los siguientes:

¹¹ FREIRE, P. op. cit. p. 30

¹² MARTÍN, A. (1998) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Ed. Síntesis Psicológica. España. p. 100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1) Los problemas se desarrollan debido a una interacción a través del tiempo, del individuo, el ambiente social y los sistemas; éstos ejercen influencia entre sí.
- 2) Los problemas se pueden definir en varios niveles, pero se coloca un énfasis particular en el análisis del nivel de la organización y de la comunidad o vecindario.
- 3) Por lo común, la psicología comunitaria no se practica en clínicas, sino más bien en el campo o en el contexto social de interés.
- 4) Más que planificar los servicios sólo para aquellos que requieren ayuda, los psicólogos comunitarios evalúan de manera proactiva las necesidades y riesgos en una comunidad.
- 5) Se coloca un énfasis en la prevención de los problemas más que en el tratamiento de los problemas existentes.
- 6) Se han hecho intentos por compartir la psicología con otros a través de consultoría; con frecuencia las intervenciones en sí, se llevan a cabo por medio de programas de autoayuda o a través de personas entrenadas que no son psicólogos ni profesionales.

El propósito de resaltar la importancia del papel del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales en un equipo interdisciplinario, es el de contribuir a la sensibilización de los profesionales involucrados con esta tarea (psiquiatras, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) de las aportaciones que la psicología, en particular, la psicología comunitaria puede proporcionar en este campo.

Para tal efecto, se incluyen los siguientes capítulos:

En el capítulo uno, denominado "Psiquiatría Comunitaria" se mencionan los hechos que la hicieron surgir como un nuevo modelo de intervención, en contraste con la relación médico-paciente en un consultorio a la manera tradicional.

En el capítulo dos, se describen las actividades que realiza el servicio de Psiquiatría Comunitaria en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Es interesante saber cómo se ha ido formando este servicio, cómo está constituido el equipo de profesionales de la salud y cuáles son sus programas de trabajo.

En el capítulo tres, denominado "La Enfermedad Mental" se señala la forma como ésta ha sido vista a lo largo de la historia y cómo es que surge el concepto de enfermedad mental. También se mencionan las principales manifestaciones de la enfermedad mental en la infancia, niñez y adolescencia, de acuerdo al DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales). Pues la forma como una persona ve a la enfermedad mental determina su manera de enfrentarla.

En el capítulo cuatro, denominado "Prevención de las Enfermedades Mentales" se mencionan los tres niveles de prevención de Caplan como una forma de enfrentar a la enfermedad mental aún antes de que ésta se presente. La

prevención de las enfermedades mentales es el objetivo principal en el campo de la salud mental.

En el capítulo cinco, denominado "El Papel del Psicólogo en la Prevención de las Enfermedades Mentales" se destaca la importancia del trabajo que puede realizar el psicólogo en la comunidad como integrante de un equipo de especialistas en salud mental que laboran de manera interdisciplinaria. El psicólogo no debe ser visto como un auxiliar del médico, sino como un profesional de la salud mental con conocimientos teóricos y prácticos que utiliza para intervenir en cualquier campo de la actividad humana, utilizando primordialmente recursos y técnicas psicológicas en beneficio de la salud mental de los individuos, familias y comunidades,

En el capítulo seis se presentan elementos generales que pueden dar lugar a una propuesta de Psicología Comunitaria. En este caso se presenta, como una posibilidad, un Taller de Prevención de Enfermedades Mentales para Padres de Familia y Maestros.

OBJETIVO GENERAL:

Resaltar la importancia de la participación del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales en un equipo de psiquiatría comunitaria, de donde se derivan elementos generales que pueden dar lugar a una propuesta de psicología comunitaria.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Mencionar los hechos que hicieron surgir a la psiquiatría comunitaria como un nuevo modelo de intervención, en contraste con el modelo tradicional.
- Describir las actividades que se realizan en el servicio de psiquiatría comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- Mencionar los principales trastornos mentales que se presentan en la infancia, niñez y adolescencia, según el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales).
- Mencionar los tres niveles de prevención de Caplan.
- Destacar la importancia del trabajo que puede realizar el psicólogo en la comunidad para la prevención de las enfermedades mentales, como integrante de un equipo de especialistas en salud mental.

- Presentar los elementos generales que pueden dar lugar a una propuesta de Psicología Comunitaria. Como una posibilidad, un Taller de Prevención de Enfermedades Mentales para Padres de Familia y Maestros.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cómo puede el psicólogo comunitario contribuir a la prevención de las enfermedades mentales?
- ¿Es posible que el psicólogo logre que los padres de familia y maestros se responsabilicen de la salud mental de los niños, al informarles acerca de las principales manifestaciones de la enfermedad mental?
- ¿De qué manera puede el psicólogo comunitario eliminar en la comunidad los temores y prejuicios hacia la enfermedad mental y quienes las padecen?
- ¿En qué forma podría el psicólogo comunitario lograr un mayor acercamiento de la comunidad a los profesionales de la salud mental?

CAPÍTULO 1

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

*"La higiene del aislamiento debe ser
sustituida por la higiene de la libertad"*

Marandon de Montyel

Este capítulo incluye los antecedentes de la psiquiatría con el fin de señalar cómo ha ido surgiendo este nuevo modelo de intervención denominado "psiquiatría comunitaria". Asimismo, se enfatiza la concepción del ser humano como un sujeto biopsicosocial, a partir de la cual se traslada la atención del individuo enfermo a la familia, y de ésta a la comunidad. Con esta premisa se realizan las actividades de psiquiatría comunitaria, en las cuales la labor del psicólogo es indispensable.

1.1 ANTECEDENTES

La manera en que se ha tratado al paciente psiquiátrico ha cambiado significativamente desde la época del hombre primitivo hasta la actualidad.

Desde los tiempos prehistóricos el hombre y las sociedades primitivas han acudido a teorías mágicas y sobrenaturales buscando una explicación para todos los fenómenos que no alcanzaban a comprender de manera racional o lógica. Las manifestaciones de la enfermedad mental en miembros del grupo o de la población eran interpretadas mágicamente, como consecuencia de posesiones de tipo espiritual. De este modo, todos los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.) tenían como explicación que un espíritu había entrado en el cuerpo de la víctima y había logrado posesionarse de sus sentidos, lenguaje y acciones.¹

Mucho más adelante, los griegos, que mostraron siempre un interés por la comprensión y el estudio de los fenómenos naturales y humanos, fueron los primeros en abordar de manera atenta y objetiva al enfermo mental.

Pero este cambio en la noción del enfermo mental dio un giro al final de la era Clásica con el advenimiento del pensamiento predominantemente religioso. Los enfermos mentales pasaron a ser "víctimas de posesiones demoníacas" o "brujos". Con esta concepción, el tratamiento estaba encaminado a "liberarlos del maleficio" por medio de azotes y la hoguera.²

¹ PAGE, J. (1982) *Manual de Psicopatología*. Ed. Paidós, Barcelona.

² KOLB, L. (1989) *Psiquiatría Clínica Moderna*. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Durante el Renacimiento se volvió a la idea de que la enfermedad mental no era producto sobrenatural o demoníaco, sin embargo la situación del enfermo mental no cambió mucho. No fue sino hasta que Pinel, en 1793, al romper las "cadenas de los alienados" en Bicêtre (asilo en donde se recluía a los enfermos mentales), realizó un gesto correcto de médico liberando al enfermo mental de su condición de "poseído por un espíritu maligno" para consagrarlo como enfermo, mediante la definición médica de la enfermedad mental.³

Durante un largo período predominó este sistema de reclusión del paciente psiquiátrico. Todavía durante la primera mitad del siglo XX se practicaba el sistema asilar y no el asistencial. Aunque nuestra sociedad ya no quema más brujas, todavía hasta hace muy poco tiempo recluía a los enfermos mentales en "hospitales" donde las condiciones de vida y las perspectivas de tratamiento garantizaban una muerte en vida.⁴

Esta situación se ha transformado ya en la segunda mitad del siglo XX. Debido a la disponibilidad de mejores cuidados en el hospital, el público ha aprendido a aceptar a la psiquiatría como un método para resolver problemas mentales. El acercamiento hospital-comunidad ahora es más estrecho. El estigma de las instituciones de salud mental ha cambiado y no son ahora sólo reclusorios para "locos", sino un lugar donde se brinda atención especializada a cualquier persona que sufra desde un leve trastorno emocional, hasta un trastorno grave del pensamiento y la conducta.⁵

Por lo tanto, la palabra "psiquiatría" no es un vocablo de la antigüedad, sus antecedentes se señalan en la historia de las ideas médicas acerca de la patogénesis teórica de la locura, sobre su desarrollo concreto y sobre el tratamiento del enfermo mental. Esta historia comienza en el siglo V a.c. con Hipócrates, quien elaboró la teoría de los humores. Las ideas de Hipócrates quedaron fijas en el curso de los siglos, con la visión de que todas las enfermedades son somáticas, pero algunas además particulares, porque afectan al alma, al espíritu, al carácter y al comportamiento.⁶

La división entre enfermedades del cuerpo y del espíritu se fue estableciendo poco a poco, sobre todo en la civilización grecoromana, caracterizada por el paso lento y progresivo desde el pensamiento mágico hasta la orientación científica. En nuestros días, el enfoque mágico considerado la regla en las civilizaciones antiguas, constituye la excepción. Este enfoque de la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales fue rechazado progresivamente, aún cuando no haya desaparecido por completo.

La influencia judía creció a medida que el cristianismo se fue imponiendo en esta parte del mundo. Numerosos médicos judíos conservaron la tradición y los

³ EY, H. (1967) *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno, México.

⁴ NATHAN, P. (1963) *Psicopatología y Sociedad*. Ed. Trillas, México.

⁵ SALOMON, P. (1976) *Manual de Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno, México.

⁶ POSTEL, J., QUETEL, C. (1987) *Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica, México.

descubrimientos de la medicina helénica, y contribuyeron a su transmisión a la cultura islámica. De allí, a fines de la Edad Media, pasaron a los países europeos donde pusieron los cimientos del desarrollo de la medicina, incluyendo a la psiquiatría moderna.

Durante la Edad Media, las personas afectadas con trastornos psíquicos tenían asegurado un mínimo de asistencia de parte de su familia. Por el contrario, las ciudades y los burgos de los siglos posteriores se apresuraban a expulsar a los locos que no eran propios. Las torres de los recintos fortificados de las ciudades son, en los siglos XIV y XV lugares de detención para locos.

En el Renacimiento, siglo XVI, no había lugar en la configuración de la medicina para una disciplina a la que pudiéramos dar el nombre de "psiquiatría". Sin embargo, durante esta época se va transformando y va cobrando firmeza cada vez mayor la idea de la enfermedad como indisposición.

En el siglo XVIII, con Rousseau, nace una corriente de ideas que constituye el paso a una virtud laica, en la que el Rey se convierte en más capaz de dar satisfacción a las exigencias de la humanidad. Puesto que la miseria es hija del estado social, la sociedad debe reparar el mal del que es causa y el gobierno no debe abandonar el cuidado de la asistencia a la caridad pública o privada.

En 1785 se elaboró la circular redactada por Colombier y Doublet, texto fundamental que puso los cimientos de la psiquiatría en Francia. Esta circular prescribía que no bastaba con secuestrar a los alienados, sino que también era necesario darles tratamiento en establecimientos especiales subdivididos en salas de clasificación. Los poderes públicos se mostraban constantemente deseosos de devolver la libertad a aquellos cuyo estado mejorase.

En 1791, Daquin expuso, por vez primera, con precisión los principios de lo que se convertiría en el tratamiento moral. Luego de rechazar la gran cantidad de drogas con las que recargaban a los enfermos mentales, preconizó el trato amable, la paciencia y los "auxilios morales".⁷

Posteriormente, se promulgó en Francia la ley sobre los alienados, que en su artículo primero declaró que cada Departamento tiene la obligación de contar con un establecimiento público destinado especialmente a recibir y tratar a los alienados.

En 1923 se crearon los servicios abiertos, el asilo se convirtió en hospital psiquiátrico (el cambio de denominación tuvo carácter oficial en 1937).

En 1950 se elevó a la psiquiatría al rango de disciplina autónoma y culminó en la creación de cátedras de psiquiatría en las Universidades. Se ofreció al psiquiatra la oportunidad de demostrar que la psiquiatría contemplativa había

⁷ POSTEL, J., QUETEL, C. op. cit. pag. 122.

terminado. Había llegado el momento de la acción. En esta transformación convergen dos factores importantes: Por una parte, el esfuerzo por hacer de la Institución un instrumento terapéutico, y más allá, tratar de actuar en la comunidad. Por la otra, la aparición de drogas psicotropas modificó la imagen misma de la locura.

La psiquiatría aparece cuando surge el proyecto de un conocimiento ordenado del mundo de la locura mediante la observación clínica. Fue Pinel quien puso las bases del oficio nuevo y de una enseñanza de la nueva disciplina. Esas bases fueron puestas con el método y espíritu de la clínica.

La psiquiatría se ha ido modificando profundamente en unos cuantos decenios con la combinación de tres clases de hechos: la llegada de terapéuticas (electrochoques, antidepresivos, neurolépticos), el desarrollo del psicoanálisis y el movimiento hacia una psiquiatría comunitaria.

Sánchez⁸ menciona que hasta principios del pasado siglo la psiquiatría permaneció aislada del resto de las otras ramas de la medicina. Los profesionistas interesados en ella eran pocos y sus actividades se realizaban en instituciones hospitalarias de tipo carcelario, con posibilidades terapéuticas anticuadas, muy limitadas y en ocasiones inhumanas. Sus actividades preventivas eran prácticamente nulas y su proyección a la comunidad se limitaba a incursiones esporádicas generalmente relacionadas con testimonios judiciales en procesos seguidos a pacientes.

Con el advenimiento del psicoanálisis, representado originalmente por la figura de Freud y de sus discípulos, y posteriormente por otras escuelas con orientación diferente, la psiquiatría sufrió una total transformación. Este cambio de orientación, sin embargo, no mejoró en forma apreciable los beneficios de la comunidad, ya que los profesionistas al abandonar las gruesas murallas de los asilos, se refugiaron en los pequeños recintos de sus consultorios particulares, persistiendo el método tradicional de la psiquiatría.

En 1905 Clifford W. Beers⁹ publicó en su país natal, los Estados Unidos, el libro "A mind that found itself", en el cual relataba sus experiencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos. En 1908, junto con un grupo distinguido de médicos generales, psiquiatras, abogados, maestros, religiosos y otros, fundó la Sociedad para Higiene Mental de Connecticut, que en 1909 se transformó en una Sociedad Nacional, adquiriendo de esta manera una relevancia internacional.

Esta asociación identificó su meta principal con la del movimiento de salud pública, destacando la importancia de la prevención tanto como la del tratamiento y la necesidad de la detección temprana de los casos, así como la del control de los elementos perjudiciales para la salud mental, utilizando para localizarlos y

⁸ SANCHEZ, H. (1974). *La Lucha en México Contra las Enfermedades Mentales*. Fondo de Cultura Económica, México, p. 18
⁹ op. cit. p. 18

valorarlos debidamente, la investigación, legislación y aprovechamiento adecuado de los servicios de la comunidad y de la educación pública.

En 1920, nació el movimiento de orientación para la infancia. La Clínica de Orientación Infantil, se consideró como la base para la prevención de los trastornos mentales de la población y el foco de difusión de las actividades adecuadas para el manejo psicológico de los niños con la orientación para los padres, los maestros y la comunidad.

Sin embargo, no fue sino hasta finalizar la Segunda Guerra Mundial cuando se apreció un movimiento en todos los países, tendiente a romper el aislamiento en que se hallaban los psiquiatras.¹⁰

Después de la Segunda Guerra Mundial cobran importancia la utilización de grupos terapéuticos, grupos de sensibilización, grupos de padres, etc. La Psiquiatría Militar y el estudio de las consecuencias de las catástrofes son importantes para el surgimiento de este modelo de intervención denominado "Psiquiatría Comunitaria".

A partir de entonces inició un cambio de conceptos, la atención al paciente era más abierta, la terapia era efectiva y de fácil manejo, lo cual facilitó que la Psiquiatría se fuera integrando a la Salud Pública. La necesidad de hacer llegar a los grandes núcleos de la población los beneficios de la Higiene Mental originó un cambio de conceptos en relación con el enfoque asistencial que propugna la atención del paciente en forma más abierta, abandonando los patrones tradicionales de la Psiquiatría para tratar de integrarla a la Salud Pública. Este nuevo enfoque de la Psiquiatría se conoce como Salud Mental Comunitaria, cuyo objetivo principal consiste en buscar la detección temprana de los casos para su tratamiento oportuno, y así lograr evitar, en la medida de lo posible, el internamiento del paciente en hospitales psiquiátricos, buscando con esto beneficiar al enfermo.

En 1974 se llevó a cabo en Estados Unidos la XXVII Asamblea Mundial de la Salud. Se recomendó a todos los países apoyar la investigación del papel de los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, dado que pueden precipitar o contrarrestar enfermedades físicas y mentales y son de importancia crucial en la prevención y el manejo de todas las enfermedades.¹¹

En el campo de la salud mental la transformación ha sido definitiva. La prevención es actualmente su meta básica, los servicios psiquiátricos se desplazan al seno de la comunidad buscando la detección temprana de trastornos mentales para su tratamiento oportuno, y la colaboración de dirigentes naturales, a los cuales se capacita como promotores de salud mental. A través del tratamiento farmacológico y técnicas breves y sencillas de psicoterapia, se logra evitar el

¹⁰ SANCHEZ, H. op. cit. p. 19

¹¹ DE LA FUENTE, R. (1997) *Psicología Médica*, Fondo de Cultura Económica, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

internamiento en hospitales psiquiátricos en la mayoría de los casos. Cuando es necesaria la hospitalización, se procura al paciente un ambiente agradable durante el menor tiempo posible.

Jones¹² menciona que los proyectos para suministrar servicios de salud mental íntegros para una comunidad separada no son nuevos. El programa comunitario en Melevoz, Suiza, dirigido por el Dr. André Répond, hacia 1960 ya se había llevado a cabo durante varias décadas, y el servicio de salud mental organizado por el Dr. T.P. Rees, el superintendente del Hospital Warlingham Park, para un suburbio de Londres que comprendía a cerca de un cuarto de millón de personas, constituyó una experiencia de post guerra en Inglaterra. Aún antes existía el excelente programa comunitario desarrollado por el Dr. Thomas Beaton en el Hospital St. James, en Portsmouth, que al igual que la clínica comunitaria de San Mateo, en California, y el Centro de Salud Mental de Massachussets se encuentran entre los primeros en los EE.UU. En 1966 con la ayuda de presupuestos federales y estatales hubo un crecimiento del cuidado comunitario para áreas geográficas definidas.

Las actitudes corrientes hacia la formación de psiquiatras en los Estados Unidos se reflejan en una publicación de la Asociación Psiquiátrica Americana titulada "Formación del psiquiatra para hacer frente a las necesidades del cambio" (1963). Es el informe de una conferencia que reunió a más de cien personalidades representativas en el campo psiquiátrico de los Estados Unidos y Canadá. El informe incorpora las áreas de la psiquiatría, ciencias sociales y biología. Estos dirigentes del pensamiento psiquiátrico norteamericano han abandonado el excesivo énfasis sobre el psicoanálisis y sobre la relación bipersonal en la formación del psiquiatra. Subrayan que este tipo de formación entraña el peligro de simplificar en exceso las motivaciones de la conducta anormal y ponen de relieve una y otra vez que es necesario un enfoque más amplio de la psiquiatría, que ponga un debido énfasis sobre la biología y las ciencias sociales.

1.2 DEFINICIÓN

Caplan¹³ define a la Psiquiatría Comunitaria como "el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada". Esto complementa el conocimiento clínico y capacita al psiquiatra para diagnosticar y tratar a su paciente privado.

Calderón¹⁴ define a la Psiquiatría Comunitaria como "la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el máximo de

¹² JONES, M. (1968). *La Psiquiatría Social en la Práctica*. Ed. Américas. Buenos Aires. p. 161

¹³ CAPLAN, G. (1964). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Basic Books, New York, p. 58

¹⁴ CALDERÓN, G. (1992) *Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría*. Trilce, México.

salud mental de sus propios integrantes". El psiquiatra clínico tiene una responsabilidad directa con la salud mental de su propio paciente, mientras que el psiquiatra de la comunidad tiene la responsabilidad del bienestar de una población con la que, en su mayor parte, no tiene un contacto personal. El enfoque comunitario contempla al individuo como el representante de un segmento de la población y se intenta descubrir y modificar las fuerzas sociales que están actuando sobre él.

Para Córdoba y colaboradores¹⁵ la Psiquiatría Comunitaria no es una rama o especialidad de la psiquiatría general, sino una concepción de la misma; es decir que aquella viene a ser, dentro de la psiquiatría general lo que es la medicina integral con respecto a la medicina, o mejor dicho, es la forma de expresión de la medicina integral en el campo de la psiquiatría. Esta es, según estos autores, la única concepción de la práctica psiquiátrica compatible con nuestro sistema social actual.

En el orden práctico, opina Córdoba, lo que caracteriza al psiquiatra comunitario o al equipo de salud mental comunitario es su adscripción a un área de población determinada con la que se responsabiliza en sus aspectos de salud y enfermedad.

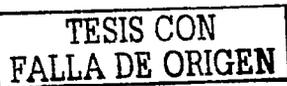
1.3 ENFOQUES

La psiquiatría comunitaria no deja a un lado los conocimientos de psicopatología y de la psiquiatría clínica, los cuales constituyen elementos básicos indispensables de su trabajo. También utiliza, en toda la amplitud necesaria, los tratamientos somáticos y biológicos. Asimismo, constituye un principio de la psiquiatría comunitaria la atención a la hospitalización, es decir, la validez de los servicios de ingresados.

Lo que la psiquiatría comunitaria se propone es aceptar la concepción del ser humano como un sujeto biopsicosocial, y consecuentemente con esta premisa, aplicar los conocimientos de las ciencias sociales y de la conducta, e imprimir, a todo este conjunto las modificaciones lógicas que el desarrollo de estas últimas ciencias determinan. Así, pues, traslada el énfasis del individuo enfermo a la familia, y de ésta a la comunidad; utiliza las instituciones psiquiátricas en forma de comunidades terapéuticas donde se emplea una psicoterapia institucional; crea nuevas formas de tratamientos ambulatorios y semiambulatorios, y por último, necesita y utiliza todos los recursos de la organización de la salud pública y promueve la participación del hombre en las tareas de salud mental de la comunidad en que trabaja.¹⁶

¹⁵ CORDOBA, A. y COLABORADORES (1976) *Teoría y Práctica de la Psicología Social*. Ed. Científico Técnica. La Habana, p. 142

¹⁶ CORDOBA, A. y COLABORADORES op. cit. pag. 143



Respecto a la biopsicosocialidad del ser humano, Velasco¹⁷ explica que el ser humano, enfermo o sano, está organizado en tres niveles: el fisiológico, el psicológico y el social o interpersonal, y ningún otro ser viviente se le parece en este sentido. Cada uno de esos niveles es una especie de "sistema abierto" relacionado estrechamente con los otros dos a través de puntos nodales de comunicación, coordinados por un sistema regulador central (el cerebro, el aparato mental) y por las estructuras neuroendocrinas. Cuando se dice que el hombre es una unidad biopsicosocial, se está definiendo con brevedad esta forma característica de integración.

En principio, cualquiera de los tres niveles de organización puede ser alcanzado por los estímulos provenientes tanto del exterior como del interior del individuo. Cuando dichos estímulos tienen cierta cualidad u operan en forma cuantitativamente suficiente, se convierten en nocivos y son capaces de producir enfermedad, pues interfieren con la satisfacción de las necesidades básicas, que van desde la asimilación del oxígeno hasta la libre expresión de la sexualidad. Ahora bien, los estímulos nocivos son relativamente específicos para cada nivel de organización; no así la respuesta que se estructura desde los tres niveles, y en la cual siempre domina uno de ellos. En otras palabras, un estímulo físico, como es el caso de un traumatismo, evoca respuestas tanto orgánicas como psicológicas y sociales, del mismo modo que un stress emocional, que incide sobre un organismo, hace que éste reaccione integralmente.

Los estímulos que potencialmente pueden dañar al organismo, al grado de producir enfermedad, son de naturaleza física, psicológica y social. Esta distinción es relativa, porque de una forma u otra, cualquiera de ellos presenta siempre matices correspondientes a los otros dos. Los estímulos físicos, incluyendo los de carácter infeccioso, pueden romper el equilibrio del organismo con sus propiedades químicas, antigénicas o propiamente físicas. La respuesta es, por tanto, de orden fisiológico y constituye una medida compensatoria para reestablecer el equilibrio perdido. Los estímulos de orden psicológico derivan de pensamientos o sentimientos que son inaceptables porque provocan conflictos. Las fantasías, los recuerdos y las emociones producidos por el stress psicológico pueden a su vez, evocar ciertos dispositivos defensivos, principalmente de carácter psíquico, que se traducen en comportamientos más o menos característicos, reconocibles clínicamente.

Finalmente, los estímulos sociales pueden alcanzar el desencadenamiento de enfermedades, produciéndose, en este caso, la pérdida (o la amenaza de la pérdida) de las relaciones interpersonales de mayor significación para el individuo; o bien provocan la aparición de un peligro real o imaginario; o la frustración ante la incapacidad de satisfacer una necesidad básica de carácter social. En el caso del niño, los estímulos de este tipo más importantes son los que de alguna manera alteran negativamente la relación con sus "objetos amorosos" y satisfactores

¹⁷ VELASCO, R. (1980) *Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. Conceptos Básicos*. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES, México, p. 18

esenciales: sus padres o las figuras que los representan. Pero también aquí se movilizan las defensas que el organismo pone en juego para mantener la adaptación interpersonal. El niño puede, por ejemplo, con diferencias en cuanto a los niveles del desarrollo y en cuanto a las respuestas de quienes le rodean, "recurrir" a la imitación de conductas preestablecidas y aceptadas socialmente.¹⁸

Por lo tanto, las actividades de Psiquiatría Comunitaria se llevan a cabo considerando las siguientes premisas y conclusiones:

1. Se concibe a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad.
2. Como la infancia es la etapa del desarrollo del individuo en donde se estructuran las bases de la personalidad, es indispensable lograr que ésta se desarrolle en un marco adecuado, si queremos generaciones más sanas mentalmente en el futuro.
3. En el campo de la salud mental, como rama de la salud pública, debe procurarse desarrollar programas preventivos.
4. A pesar de la magnífica labor preventiva y terapéutica que se puede realizar en los centros comunitarios de salud mental, cierto tipo de padecimientos exigen atención especializada en hospitales psiquiátricos, los cuales deben estar integrados en comunidades terapéuticas.
5. La rehabilitación de los enfermos psiquiátricos exige no sólo su reincorporación al medio familiar y social, sino además poder brindarles la oportunidad de que su trabajo sea remunerado, lo cual les permitiría volver a ser elementos productivos.
6. Dentro del marco general de la salud mental, los problemas de alcoholismo y drogadicción se han agudizado en todos los países del mundo, especialmente entre los jóvenes.
7. El número de especialistas en psiquiatría, en el país, es en la actualidad insuficiente para cubrir los servicios de salud mental necesarios para el mismo.
8. La investigación de los problemas genéticos, antropológicos, económicos, sociales y clínicos, permite establecer programas adecuados de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de la salud mental.¹⁹

¹⁸ VELASCO, R. op. cit. pag. 19

¹⁹ CALDERON, G. op. cit. pag. 50

Por otra parte Sánchez²⁰ dice que las bases sobre las cuales se ha ido estructurando todo el programa de Salud Mental Comunitaria en México son las siguientes:

1. Transformación total de los hospitales psiquiátricos, de instituciones carcelarias en establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos, en estrecha conexión con la comunidad.
2. Creación del concepto de "ambiente terapéutico", logrando con este nuevo enfoque de puertas abiertas una mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.
3. Intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada abrevian la estancia de los enfermos, mejorando su conducta y sus relaciones personales.
4. Incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales.
5. Creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, que permitan al enfermo un tipo de convivencia múltiple, tanto con la comunidad como con las instituciones encargadas de su tratamiento terapéutico.
6. Organización de centros comunitarios de salud mental, que promuevan la educación de la comunidad, faciliten la detección temprana de casos y el control de post cura, y permitan asimismo la investigación de los problemas de salud mental y la utilización de programas idóneos para resolverlos, todo ello en contacto estrecho con la comunidad y utilizando los recursos profesionales y no profesionales de la misma (maestros, sacerdotes, voluntarios, etc.)
7. Fomento del establecimiento de "talleres protegidos" que permitan ofrecer trabajo adecuado y debidamente supervisado, a los enfermos que han mejorado de sus problemas psiquiátricos, pero que en forma habitual son vistos con desconfianza por la comunidad que no les brinda la ayuda amplia que conduzca a su rehabilitación social; así como la instalación de hogares sustitutos para los enfermos que lo requieran.
8. Integración de los problemas de salud mental a los programas generales de salud pública, con el objeto de utilizar al máximo todos los recursos oficiales, así como coordinación estrecha con la iniciativa privada en beneficio del enfermo mental.
9. Organización funcional de todos los elementos disponibles que pueden ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución geográfica

²⁰ SANCHEZ, H. op. cit. pag. 19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

más adecuada por medio de la sectorización, con miras a ofrecer las mayores facilidades de recuperación al paciente.

10. Elaboración de programas eficaces, e incremento de la comunicación con los diferentes sectores de la comunidad, con el objeto de lograr la utilización más razonable de todos los recursos disponibles, en beneficio siempre de la salud mental pública.

En conclusión, la psiquiatría comunitaria surgió después de la Segunda Guerra Mundial, como respuesta a las necesidades de la sociedad en una época en la que cobra importancia el trabajo con grupos terapéuticos (de sensibilización, para padres, etc.) para enfrentar las consecuencias de la catástrofe. De este modo, la psiquiatría militar propició un cambio de conceptos en la atención al paciente, lo cual facilitó que la psiquiatría se fuera integrando a la salud pública. Asimismo, cobran importancia los factores psicológicos y sociales en la salud y en la prevención y el manejo de todas las enfermedades.

La psiquiatría comunitaria toma elementos de la psicopatología y de la psiquiatría clínica, como base indispensable de su trabajo desde un enfoque biopsicosocial del ser humano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

*"Hombre soy y nada
humano es ajeno a mí".*

Fray Bernardino Álvarez

En este capítulo se mencionan los antecedentes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Posteriormente se hace una descripción de las actividades que se realizan en el Servicio de Psiquiatría Comunitaria de esa Institución. Como miembro del equipo interdisciplinario de ese servicio, el psicólogo desempeña un papel relevante en las actividades de prevención de enfermedades mentales y promoción de la salud.

El propósito de incluir esta información en este trabajo, es el de proporcionar un ejemplo de la importante labor que realiza el psicólogo en materia de prevención en ésta y numerosas instituciones de nuestro país.

2.1 ANTECEDENTES

De acuerdo a Castañeda y De la Llera¹ el primer modelo asistencial para la enfermedad mental en México nació en 1566, el cual fue instituido por un español de nombre Fray Bernardino Álvarez, quien inició la construcción del hospital de San Hipólito en la Ciudad de México. Este hospital estuvo pensado para la atención de todo tipo de convalecientes y, finalmente, se transformó en un recinto para la locura.

Esta obra se reprodujo en Oaxtepec, Mor., Oaxaca, Oax. Y Querétaro, Gro.; además de que en Veracruz y Acapulco se construyeron servicios de auxilio para caminantes que desembarcaban cansados o enfermos. Por otra parte, se crearon enfermerías y hospitales en Perote, Jalapa y Puebla.

En 1860, en el hospital de Guadalajara se establecieron dos anexos psiquiátricos, uno para hombres y otro para mujeres. Lo mismo ocurría en Monterrey, donde se organizó un departamento de la especialidad atendido por religiosas (hermanas Josefinas).

¹ CASTAÑEDA, C., DE LA LLERA, M. (1982) *Del Asilo al Hospital Psiquiátrico Moderno*. Págs 1, pp. 2-5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la formación de especialistas se tiene noticia de que en la Facultad de Medicina de México, en 1897, se instituyó la cátedra de enfermedades mentales, impartida por José Peón Contreras.

En 1900 se da origen al Sanatorio Rafael Lavista de Tlalpan. Más adelante, durante el porfiriato, se festeja el centenario de la independencia, aunado a esto se realiza la creación de una nueva institución hospitalaria, construyéndose el Manicomio General de "La Castañeda". Este hospital se inauguró el 1° de Septiembre de 1910, en un moderno edificio arquitectónico de acuerdo a esa época, con adecuada funcionalidad y a la vanguardia en cuanto a los servicios de salud mental, a donde fueron trasladados los pacientes que habitaban en todos los nosocomios mencionados.

Dicha institución se diseñó para atender a 1000 enfermos mentales como máximo, pero debido a la falta de otros centros de atención, la población llegó a ser de 3,500. Esta gran demanda y el tiempo para su mantenimiento y cuidados provocaron que se convirtiera en algo obsoleto. En 1944, por la búsqueda de nuevas opciones de terapia y la problemática en que se encontraba La Castañeda, se abrió la Granja de Recuperación en León, Gto.

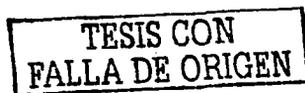
En 1965 con la reforma del sistema de atención psiquiátrica, las autoridades federales proponen el desmantelamiento de La Castañeda, la sustitución de casi 3,000 camas anunciaban una labor gigantesca, por lo que se elaboró la Operación Castañeda, que tenía como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica. Esta operación incluía las siguientes instalaciones que sustituyeron al Manicomio General de La Castañeda:

- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" en Tláhuac.
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" en Batán, Pue.
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo A. Nieto"
- Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza" en Pachuca, Hgo.

Castañeda y De la Liera señalan que esta operación fue terminada en Mayo de 1984, y que su elaboración duró 20 años.

Con excepción del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", estos hospitales estuvieron funcionando como granjas, posteriormente se les dio la categoría de hospital campestre para enfermos mentales crónicos.

Una de las instituciones que más reconocimiento ha tenido, tanto a nivel nacional como internacional, es el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", el cual se planeó como la base del sistema de atención para la salud mental, ya que sería el filtro por el que se canalizaría a los pacientes a diferentes hospitales de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada caso.



Con un cupo original de 600 enfermos mentales, el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", fue construido en un edificio de diseño original, de diez pisos de altura. A diferencia del Manicomio General "La Castañeda", en este moderno hospital se proporcionaban los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Hospitalización continua
- Terapia ocupacional y recreativa
- Enseñanza
- Residencia Médica

El hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967, y empezó a funcionar el 22 de junio del mismo año. El objetivo de esta institución, generada bajo el enfoque de la psiquiatría moderna, es el de brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no esté bajo la protección de ningún otro sistema de salud, dando especial atención a la población de bajos recursos.

Al hospital se le asignaron como funciones básicas:

- la prevención de enfermedades mentales
- el diagnóstico y tratamiento de las mismas
- la rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedad mental
- la enseñanza
- la investigación

A partir de entonces el hospital vivió una de sus mejores épocas, ya que la atención que recibía el paciente psiquiátrico era adecuada y eficiente. Pero a principios de los ochenta sufrió una crisis económica, pues el presupuesto que le asignaban era insuficiente. La falta de mantenimiento deterioró su estructura física, lo cual repercutió en la calidad de atención al paciente.

En el año de 1992 se crearon nuevos programas para la atención y la rehabilitación del enfermo mental. Se construyó un anexo al edificio principal con dos niveles, la planta baja se asignó al servicio de Consulta Externa y en la planta alta se ubicó la División de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria, lugar en el que actualmente se encuentran. Estos servicios forman parte de la Subdirección de Servicios Ambulatorios.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", a través de la Subdirección de los Servicios Ambulatorios, ha proporcionado la pauta para que se realice un cambio en el ejercicio de la asistencia a la población que solicita los servicios propios de la especialidad, siendo su finalidad primordial el involucrar y comprometer a la comunidad en el cuidado y resguardo de la salud mental de la población. La labor comunitaria que se ha desarrollado

fuera de los muros del Hospital, encamina sus acciones hacia la prevención primaria, tratando de construir las condiciones idóneas para sensibilizar a la sociedad, para que cuando se realicen intervenciones en los niveles secundario y terciario, se cuente con un sustento firme desde donde se puedan abordar los problemas de salud mental que se presenten. Así, se plantean acciones que permitan ofrecer una atención integral psiquiátrica a nivel comunitario, posibilitando que se complementen los diferentes modelos de atención, como el clínico-hospitalario, el comunitario, el de salud mental, el de acción social y el organizacional, contextualizados en el medio a incidir, centrandolo en su desarrollo en la metodología y la prevención.

El modelo que se ha desarrollado en el servicio de Psiquiatría comunitaria se ha adaptado a los recursos con los que contamos en la actualidad y a la normatividad que rige a nuestro país, proponiendo la realización de actividades específicas en los tres niveles de prevención, mismas que se llevan a cabo en forma intra y extramuros, posibilitando lo siguiente:

- La apertura del hospital hacia la comunidad a través de la interacción recíproca.
- La extensión de los servicios psiquiátricos hacia la comunidad, teniendo como bases la utilización racional de los recursos existentes, la prioridad asignada a las acciones preventivas, la conformación de equipos interdisciplinarios y la ampliación de los servicios psiquiátricos que permitan una cobertura de comunidades y poblaciones que carezcan del beneficio de la seguridad social.

De esta manera se realizan actividades que se encuentran encuadradas dentro de los modelos preventivos mencionados y que se integran en tres grandes grupos:

- Las que van dirigidas a realizar actividades de educación y fomento para la salud mental.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de patologías mentales.
- Promoción y rehabilitación del paciente psiquiátrico en el medio en donde se mueve y trabajando con su familia; así como facilitar el contacto con instituciones de salud, educación y del medio laboral.

En relación a este Servicio, podemos mencionar que la idea germinal se inició a partir de 1979, posteriormente a que se fundó el Servicio de Hospital de Día y se observaron los beneficios que tenía en el paciente el brindarle un tratamiento que no lo desvinculara de su comunidad.

En 1991 se creó un anteproyecto del primer programa, el cual fue sufriendo un proceso que culminó con la creación de un programa piloto de Hospital Parcial, contando con la iniciativa y aval de las autoridades del Hospital, iniciándose las primeras actividades en agosto de 1992, al establecer

contactos interinstitucionales, trabajando con juntas de vecinos, mercados, fábricas, etc.

Al fundarse la División de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria en enero de 1993, el programa se transformó en un Servicio, recibiendo un gran apoyo e impulso de la Dirección del Hospital y de la Jefatura de la División. Posteriormente, al aumentar el trabajo del servicio y ante la necesidad imperiosa de desplazamiento del equipo, entonces formado por un psicólogo adscrito, dos pasantes de psicología y dos residentes de psiquiatría, el patronato del Hospital ofreció en comodato un vehículo y el apoyo de abastecimiento de gasolina, mismo que aún recibe.²

2.2 EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Materazzi³ escribe acerca de la interdisciplina lo siguiente: "la interdisciplina es un grupo de profesionales que interaccionan, buscando un espacio de confluencia y un código común para poder operar sobre un individuo, la comunidad o cualquier grupo social. De esta interacción, los profesionales salen enriquecidos en sus respectivos roles."

Martín⁴ sugiere que se deben crear equipos interdisciplinarios para que en esa interacción se hagan más efectivas las intervenciones comunitarias.

Calderón⁵ declara que el equipo de trabajo en salud mental comunitaria requiere ser concebido desde una doble perspectiva: una que considere al individuo y a las organizaciones de la comunidad como integrantes naturales de él y otra que haga referencia al equipo técnico encargado de conducir las acciones destinadas a cumplir con los objetivos de esta área de la salud.

Identificar al individuo y a las organizaciones de la comunidad como integrantes de este equipo, implica promoverlos a desempeñar un papel protagónico en los objetivos y metas del quehacer en salud mental comunitaria. La comunidad, al actuar en los procesos de salud mental, genera condiciones para una comprensión más cabal del carácter y de la magnitud de la problemática en este campo, a la vez que favorece el conocimiento de sus necesidades reales y le permite participar en forma directa en la atención de las mismas.

Los profesionales en el campo de la salud mental: el médico psiquiatra, la enfermera psiquiátrica, el psicólogo y el trabajador social, deben constituirse

² LOPEZ, A. (2001). *Práctica de Introducción al Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"*.

³ MATERAZZI, A. (1991) *Salud Mental: Una Propuesta de Prevención Permanente*. Ed. Paidós. Buenos Aires. p. 34

⁴ MARTÍN, A. (1996) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Ed. Síntesis Psicológica, España. pp 160-453.

⁵ CALDERÓN, G. (1992) *Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría Trilés*, México. p. 155.

en equipo de trabajo, integrarse a la comunidad de la cual deben formar parte y advertir sobre la necesidad de mantener conscientemente el distanciamiento óptimo que evite el transformarse en "guía" de la comunidad.

La interdisciplinariedad permite abordar la realidad social como una búsqueda continua de diferentes campos de conocimiento y, como consecuencia, genera un ordenamiento de las actividades en la comunidad de acuerdo con las necesidades específicas. De esta manera se supera la tradicional separación de disciplinas, misma que se refleja en la toma de decisiones unilaterales en la duplicidad de funciones, en la asignación de trabajo en función de personas o especialistas y no de las necesidades de la población, en este caso en salud mental. La práctica de la interdisciplinariedad implica mantener e incrementar el interés de los profesionales en su campo y refuerza la motivación y amplía la posibilidad de intercambios personales más enriquecedores, lo cual permite aprender a trabajar en la materialización de objetivos comunes a partir de enfoques diferentes.

El equipo básico debe orientar el trabajo con sus objetivos de acuerdo con concepciones planteadas desde la salud mental comunitaria. La actividad en equipo, guiada por la interdisciplinariedad, es la que va a dar respuesta a las nuevas exigencias en las áreas de la investigación, docencia, asistencia y de la administración que se plantean en el campo de la psiquiatría comunitaria.

Para que exista continuidad en el desarrollo de las actividades programadas, Calderón⁶ recomienda que los profesionales del equipo de salud desempeñen sus funciones conscientes de la trascendencia que implica el trabajar en grupo, con objetivos específicos y metas delimitadas previamente, y que es deseable que el psiquiatra que participe en dicho equipo tenga una adecuada formación clínica y los suficientes conocimientos en salud pública para facilitar su trabajo en el campo de la salud mental comunitaria.

Al respecto, Córdoba⁷ opina que la psiquiatría comunitaria debe practicarse dentro de un conjunto interdisciplinario, es decir, con otras ciencias humanas, entre las que debe estar la psicología.

Por otra parte, Jones⁸ considera que la interacción diaria en el servicio comunitario, con otros trabajadores profesionales aumenta inevitablemente la conciencia y la comprensión de las dificultades de cada rol. Además cada uno aprende a modificar su propio rol con el fin de satisfacer las necesidades de un tratamiento particular en un tiempo dado. A este autor le parece deseable que el personal profesional debería estar preparado para definir su rol como miembro de un equipo particular, y no por una estrecha identificación con su propio grupo profesional y con el concepto "oficial" de su papel. Un previo

⁶ op. cit. p. 155

⁷ CORDOBA, A. (1975) *Teoría y Práctica de la Psicología Social*, Ed. La Habana: Científico Técnica, Cuba, Pp. 123-143

⁸ JONES, M. (1968) *La Psiquiatría Social en la Práctica. La Idea de la Comunidad Terapéutica*. Americana, Buenos Aires. pp. 161-169.



contacto con la dinámica de grupos, la psicología social o la antropología cultural, puede indudablemente ayudar al profesional a representar su papel en un equipo interdisciplinario.

Persiste, según Jones, la suposición de que el psiquiatra es inevitablemente el director del equipo a pesar del hecho de que en muchos de los ámbitos en los que tiene lugar la formación de un tipo interdisciplinario esté menos calificado que un asistente social, un sociólogo o un psicólogo. ¿Cómo y cuándo —pregunta Jones— el psiquiatra académico aprende a escuchar a personas con menos educación y con un trasfondo social distinto del de él? ¿Cómo aprende a alentar una libre comunicación en todos los niveles del cuerpo profesional, comunicación que sólo puede producirse cuando las personas se sienten lo bastante seguras como para comunicar sus sentimientos? ¿Cómo aprende a reconocer el impacto de su personalidad y conducta no solamente sobre el paciente, sino sobre el cuerpo profesional? Jones agrega que estas cuestiones las adquiere el psiquiatra con la formación pedagógica. Sin embargo, muchos psiquiatras se sienten incómodos en reuniones interdisciplinarias donde se estimula la libre comunicación. Según Jones, esto parece estar más relacionado con la personalidad individual del psiquiatra que con su formación. Es probable que también existan limitaciones bastante fundamentales respecto de las cuales los asistentes sociales, las enfermeras y otros, puedan actuar cómodamente en la psiquiatría comunitaria.

Al respecto, Hochmann⁹ opina que el equipo de higiene mental sólo podría estar estructurado de manera democrática. Cuanto menos jerárquica fuera la estructuración del equipo, más flexibles serían sus relaciones orgánicas, internas y externas, y más posibles se harían las creaciones de microequipos interdisciplinarios de profesionales de distinta formación, por tiempo limitado y respecto de un caso determinado.

Todas estas cuestiones son consideradas por el equipo interdisciplinario del Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", formado básicamente por un médico psiquiatra, una psicóloga, una psicopedagoga y una pasante de psicología, apoyados por dos residentes de psiquiatría y varios estudiantes de psicología y enfermería que se encuentran prestando su servicio social.

2.3 LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

En junio de 1993, se estableció un acuerdo con la Secretaría de Educación Pública y como consecuencia de ello, se inició el trabajo conjunto con las escuelas de la Delegación de Tlalpan. Ese mismo año se trabajó con poblaciones de recoletores de basura en la zona poniente de la Ciudad de

⁹ HOCHMANN, J. (1971) *Hacia una Psiquiatría Comunitaria: Tesis para una Psiquiatría de los Conjuntos*. Amorrortu, Buenos Aires, p. 239.

México, lo que generó la realización de las "Primeras Jornadas contra la Farmacodependencia", actividades que abarcaron los dos turnos, matutino y vespertino, éstas últimas fueron apoyadas fuertemente por los residentes de psiquiatría del Hospital y coordinadas por el personal adscrito en servicio. Fue en este año cuando se iniciaron los cursos para Promotores de Salud Mental en la Comunidad, y se realizó un trabajo de capacitación de médicos de Centros de Salud en el primer nivel de atención, para que pudieran contar con los elementos básicos acerca de los padecimientos psiquiátricos, con los que realizaron detección, tratamiento y referencias a los pacientes que necesitaban de este apoyo, siendo ésta la base para el trabajo actual que se realiza en dichos centros.

En 1994 se hizo una solicitud para trabajar con escuelas de nivel técnico, al inicio sólo con pláticas de información, cine debate y dinámicas grupales; posteriormente se conformaron grupos de tipo psicoeducativo, experiencia que fue la base para la conformación de grupos similares en diferentes comunidades.

En 1995 se realizó una intervención en el Albergue "Fraternidad sin Fronteras", creándose un convenio de asistencia con esta institución y ampliando la cobertura de los servicios asistenciales de manera extramuros, pudiendo sentar las bases para realizar actividades terapéuticas ocupacionales fuera del hospital e implementar programas de autocuidado. Este año también se inició con el proyecto de la atención intradomiliaria a pacientes egresados del hospital creándose un puente que llevó a la asistencia integral psiquiátrica al hogar de los pacientes. En este año se dotó al servicio de un mayor número de pasantes en el turno vespertino. Para el año de 1996 el servicio, que hasta entonces contaba con un médico psiquiatra y un psicólogo adscrito, fue favorecido con la dotación de un mayor número de personal, en el turno matutino se adscribió a otro psicólogo y en el turno vespertino recibió un médico psiquiatra, dos médicos epidemiólogos y un psicólogo adscrito, y como personal de apoyo a pasantes de psicología, trabajo social, rehabilitación física, así como a un residente de psiquiatría.

El contar con estos recursos humanos facilitó la ampliación de la cobertura de manera extraordinaria, reproduciéndose las actividades del turno matutino en el vespertino, y se generó por primera vez un curso de capacitación a promotores de alcohólicos anónimos.

Se pudieron concertar apoyos interinstitucionales entre el Hospital General de Iztapalapa y el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" para la atención de casos comunitarios y el apoyo a grupos organizados de la comunidad. De esta manera se incrementó la formalidad en los compromisos del turno vespertino, abriéndose más espacios para la labor comunitaria en salud mental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los universos poblacionales trabajados durante 1996 en el turno vespertino se caracterizaron por su heterogeneidad y abarcaron a grupos sociales organizados de la población como:

- Colonos de Unidades Habitacionales
- Padres de familia
- Profesores de escuelas primarias y secundarias
- Empleados de dependencias públicas
- Grupos de Alcohólicos Anónimos

Dada la relevancia y magnitud del alcoholismo en México, como se mencionó anteriormente, se crearon cursos de capacitación de Promotores de Grupos de Alcohólicos Anónimos, con la finalidad de que funcionaran como agentes difusores de información y educación. En lo que se refiere al año de 1997 podemos decir que se incrementó la cooperación interinstitucional con instancias como Protección Civil, generándose un trabajo conjunto con otras instituciones, dando por resultado la conformación de un Programa de apoyo psicosocial a víctimas de emergencias y desastres; se establecieron trabajos conjuntos con el Sistema de Protección Social en la asistencia a pacientes comunes a ambas instituciones.

Las actividades de fomento y preservación de la salud mental se incrementaron en las instituciones escolares. Esto fue posible gracias a que el personal de apoyo creció en número en ambos turnos. En 1998 se continúa el trabajo apoyando a diferentes instituciones del gobierno del Distrito Federal como:

- El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia
- La Delegación Benito Juárez
- El Sistema de Protección Social

Se trabajó en los albergues pertenecientes a dichas instituciones, con enfermos mentales y niños de la calle, capacitando al personal para el manejo de situaciones que ameriten una intervención en crisis. En la segunda mitad del año la CORSAME (Coordinación de Salud Mental) tomó bajo su tutela estos trabajos y el servicio continuó con los programas que le conformaron.

Debido a la situación económica del país y a la necesidad de emplear mejor los recursos existentes, se cancelaron varios programas propuestos. A partir de 1999 se gestaron grandes cambios en el Servicio de Psiquiatría Comunitaria: En acuerdos con las autoridades superiores, se decide cancelar las actividades comunitarias vespertinas y dar mayor apoyo a las matutinas.

Se puede observar que el Servicio de Psiquiatría Comunitaria aún es joven, sin embargo, tiene una identidad y objetivos definidos que siguen los lineamientos y el compromiso de la Subdirección de los Servicios Ambulatorios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de brindar servicios de

salud mental de calidad a la población y, sobre todo, posibilitar el acceso a ésta a la población más desprotegida. Este servicio surge como un espacio alternativo en el cuidado de la salud mental, rompiendo estructuras de atención psiquiátrica tradicional para insertarse en el marco de la psiquiatría actual.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" realizó un trabajo trascendente al iniciar una apertura hacia la comunidad y trasponer sus muros al brindar un servicio de asistencia psiquiátrica integral a la población en general que carece de servicio de seguridad social perteneciente a los estratos sociales más desprotegidos. De esta manera cubre necesidades de atención biopsicosocial generadas por la carencia de información, por no tener posibilidades de recibir un tratamiento oportuno y adecuado dentro del medio donde vive el paciente, y le brinda el apoyo básico para reinsertarse en su medio familiar, laboral y social.

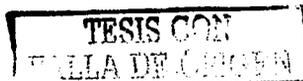
El establecer un servicio de este tipo, permite identificar los factores de riesgo y mejorar los programas de rehabilitación psicosocial, posibilitando un cambio positivo en la calidad de la atención al paciente psiquiátrico. Por otra parte, la creación de nuevas actividades de asistencia dentro de este servicio, permite brindar una ayuda a grupos de pacientes que presentan patologías que se atendían en otras áreas de la Institución, pero que al mismo tiempo permite integrar un trabajo que ya se había iniciado en años anteriores. De esta manera se coadyuva en los diversos niveles preventivos a través de involucrar a las instituciones y población identificada en actividades que fomenten, restauren y preserven la salud mental¹⁰.

En conclusión, El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" se inauguró el 9 de mayo de 1967 bajo el enfoque de la psiquiatría moderna. Esta institución brinda atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no sea derechohabiente de ningún otro sistema de salud.

Entre las funciones básicas que se asignaron al hospital, están la prevención de enfermedades mentales, el diagnóstico y tratamiento de las mismas, así como la rehabilitación de los pacientes que las padecen. El modelo de atención que se ha desarrollado en este hospital es el cuidado de enfermos que, aún en sus camas, siguen siendo parte de la sociedad. Este modelo se extiende al Servicio de Psiquiatría Comunitaria, que realiza actividades específicas en los tres niveles de prevención.

Este Servicio aborda la problemática de salud mental en la comunidad, donde se origina, se desarrolla y en donde puede prevenirse, así se abre la posibilidad de que el equipo de salud mental amplíe su campo de acción fuera del Hospital, realizando actividades de prevención, información, diagnóstico y

¹⁰ LÓPEZ, A. Op cit.



canalización, como una práctica más del quehacer cotidiano a favor del bienestar de la población.

Como parte del equipo interdisciplinario del Servicio de Psiquiatría Comunitaria, el psicólogo desempeña actividades preventivas de gran importancia, como son: la educación y fomento de la salud mental, detección y diagnóstico de patologías mentales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3

LA ENFERMEDAD MENTAL

*"De lo normal a lo patológico
no hay más que una variación
cuantitativa".*

A. Delmas.

A lo largo de la historia de la humanidad, la manera de ver a las enfermedades ha ido variando hasta llegar a los actuales conceptos de enfermedad mental.

En este capítulo se menciona la forma como ha sido vista la enfermedad mental en otras épocas. También se incluyen las principales manifestaciones del trastorno mental en la infancia, niñez y adolescencia, según la Asociación Psiquiátrica Americana (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV).

Es importante conocer las características de la enfermedad mental, para poder detectarla y enfrentarla oportunamente.

3.1 ANTECEDENTES

Postel y Quétel¹ señalan que ya desde la Antigüedad se ha dado el rechazo hacia aquellas personas que presentan una afección mental. Como se mencionó anteriormente, la locura se atribuía al pecado o a las actividades del diablo y a otras muchas causas: como la falta de sueño, alimentación escasa, etc. La ignorancia, la superstición y la condena moral determinaban el tratamiento de los dementes. Se encerraba a los "locos" en cárceles, asilos y manicomios.

Desde la Edad media hasta nuestros tiempos, el elemento de prejuicio más evidente es la costumbre de llamar "locos" a quienes no están de acuerdo con nosotros, o a los que dicen cosas raras.

Rosen², al referirse a la sociología histórica de la enfermedad mental, menciona que cuando un griego o un romano hablaba de locura, el término

¹ POSTEL, J. QUETEL, C. (1987). *Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica. México.

² ROSEN, G. (1974). *Locura y Sociedad*. *Sociología Histórica de la Enfermedad Mental*. Ed. Alianza, Madrid, P. 317

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

podía ser aplicado por una parte a una conducta sólo extraña o irrazonable; por otra, podía muy bien referirse a indudables neurosis o psicosis.

Hacia el siglo V antes de Cristo, la teoría médica de que la locura era el efecto de la bilis negra estaba bastante extendida entre la gente, a juzgar por las palabras derivadas de esta idea que se usaban en el lenguaje diario, y que servían como sinónimos de otros términos que indicaban trastorno mental: "revolverse la bilis" expresaba locura.

Pero cualesquiera que fueran los términos que se usaban para referirse al trastorno mental, su aplicación se basaba en la incidencia y observación de alguna forma de acción o creencia inexplicable e irracional. La conducta de la gente se consideraba algo más que simplemente extraña o perversa. Los juzgaban trastornados porque su comportamiento y, según se deducía de él, su orientación respecto de la realidad se consideraban excesivamente desviadas de las normas socialmente aceptadas. En este sentido, la anomalía mental se definía en términos de veredicto social acerca de lo apropiado de una conducta en un determinado contexto. Rosen menciona que Aretaeo observaba que las personas que están locas ven las mismas cosas que las demás, "pero no forman un juicio correcto de lo que han visto".

Además de la orientación respecto de la realidad, el criterio para juzgar la locura era el del estilo de la conducta (no aceptada socialmente). Dos formas de comportamiento se consideraban particularmente características del demente: su costumbre de vagar y su propensión a la violencia³.

3.2 DEFINICIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD

Cada sociedad identifica ciertas formas de conducta aberrante o extrema con el trastorno mental o la locura. En la línea de la conducta humana, desde aquello que una sociedad considera normal hasta lo que juzga anormal, hay algún punto o algún tramo en el que surge una crítica social y el individuo comienza a ser considerado loco. La valoración de tales individuos y de su conducta por parte de los miembros de la comunidad y su aceptación como simplemente excéntricos dentro de límites socialmente tolerables dependerá de varios factores. Un grupo de ellos incluye el estilo y la coherencia de tal comportamiento, su orientación respecto de la realidad, y sus consecuencias. Un segundo grupo de factores comprende la medida en la que una determinada sociedad tolera la conducta excéntrica, y también la existencia de instituciones sociales que hacen posible que esos individuos aberrantes cumplan alguna función aceptable.⁴

³ Ver Capítulo 1 de este trabajo.

⁴ ROSEN, G. Op. cit. pp. 114, 122 y 126.

Comúnmente se usa la palabra "normalidad" como sinónimo de salud. De manera estadística la normalidad se define como la media. En el aspecto biológico corresponde a una serie de variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico para una población dada en su ambiente específico. En el aspecto social, lo normal corresponde al comportamiento esperado o impuesto por un tipo de estructura social determinada. Por lo tanto, se habla de anormalidad cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas no usuales en la biología o en la conducta del ser humano.

Al respecto Amado⁵ menciona que se considera normal al individuo que respeta un cierto orden en una sociedad. A menudo los locos no son alienados sino que están integrados en la sociedad como locos. Anomalía, anormalidad y locura no coinciden y las fronteras entre estas categorías son en general estrictas en una sociedad, pero diferentes de una sociedad a otra.

Por otro lado, menciona que el organismo está en busca no de una adaptación, sino de algo más, de otra cosa, en una constante necesidad de superarse y de crear una "normatividad" que aspira en realidad a un ideal. Los estados de equilibrio y de adaptación son relativos respecto de las normas, las cuales pueden adquirirse nuevamente y pueden ser tan sólo provisionales.

Amado también menciona que Freud declaraba que no puede trazarse ninguna frontera neta entre los "neuróticos" y los "seres normales" y que nuestra concepción de la "enfermedad" sólo tiene un valor puramente práctico y se trata únicamente de una cuestión de cantidad.

Mientras más complejo es el organismo vivo, más complejas son sus interacciones con el ambiente y más difícil será definir el concepto de normalidad y anormalidad. En el aspecto biológico, la normalidad corresponde a las exigencias y necesidades de nuestra fisiología en el contexto de nuestra ecología, por otro lado en el aspecto sociológico, la normalidad aparece como un valor mucho más relativo, ya que en las diferentes sociedades el comportamiento normal corresponde al modelo esperado o impuesto por un tipo de estructura social determinada.⁶

En el hombre, la salud y la enfermedad están en un continuo, ya que un sujeto puede estar a la vez sano y enfermo o variar todo el tiempo entre estos estados según el ambiente, las circunstancias ecológicas y el tiempo. La salud y la enfermedad implican ideas de variación y adaptación continuas.

En la historia natural de la enfermedad existen tres etapas: en la primera etapa llamada "período prepatogénico", el hombre está aparentemente sano, pero hay en él una variación de salud al estado de enfermedad

⁵ AMADO, G. (1985). *Fundamentos de la Psicopatología, Locura, Enfermedad Mental y Psiquiatría, según una Ontología Psicoanalítica*. Ed. Gedisa, Buenos Aires, pp. 52-53

⁶ SAN MARTÍN, H. (1982). *Salud y Enfermedad*. 4ª edición. La Prensa Médica Mexicana. México p. 37



debido a una desadaptación física, mental o social. El organismo puede hacer uso de sus defensas, o puede que el ambiente le proporcione las herramientas necesarias para que no se enferme. Si sucede lo contrario, se llega a la segunda etapa llamada "período patógeno temprano" en la cual el individuo ya ha perdido el equilibrio homeostático y en el que tarde o temprano aparecerán los signos y síntomas característicos de la patología. La tercera etapa llamada "período patógeno tardío", se caracteriza porque el organismo realiza naturalmente fenómenos equilibrantes que lo pueden llevar a recobrar su estado previo no patológico o a establecer un nuevo nivel de homeostasis en base a las secuelas, incapacidades y la minusvalía que la enfermedad le haya producido.⁷

El equilibrio dinámico entre la salud y la enfermedad es igual al potencial genético del individuo, más su capacidad de adaptación al ambiente, más riesgos y peligros para su salud.

Aunque parece imposible definir a la salud y la enfermedad en términos absolutos, es posible mencionar una definición de cada concepto para tener un marco de referencia:

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como "un estado de bienestar completo (físico, psicológico y social) y no solamente como la ausencia de enfermedad o de invalidez."⁸

San Martín⁹ define a la enfermedad como "un estado de desequilibrio biológico, ecológico", o como "una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo".

3.4 ENFOQUES

Desde una perspectiva social, en nuestros días se cree que existe una estrecha relación entre el medio ambiente de los seres humanos y el desarrollo de la enfermedad mental, ya que como factor importante que nos lleva al desencadenamiento de este tipo de enfermedades está la falta de la sociedad en proveer adecuadamente de las condiciones esenciales para la salud mental de los individuos. Rosen¹⁰ comenta que como la sociedad no es capaz de hacer y mantener estas condiciones, es la responsable de las tensiones que se dan a partir de los cambios sociales rápidos y desajustes culturales que llevan a conflictos y crisis mentales.

⁷ SAN MARTÍN, H. Op. cit. p. 48

⁸ KAPLAN, H., BENJAMÍN, J. (1987). *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Selvat. Barcelona. p. 903

⁹ op. cit. p. 374

¹⁰ op. cit. p. 114

Por otra parte, desde un enfoque científico, en términos generales, la enfermedad mental comenzó a ser una materia importante para la investigación médica objetiva en el siglo XVIII, cuando se crearon asilos y se recogieron en ellos datos sobre los pacientes para responder a preguntas como la de si aumentaba el número de insanos. Como en ese tiempo comenzaba la Revolución Industrial, con sus indicios de inadaptaiones sociales, se consideró un aumento de frecuencia de los casos de locura, por lo que los médicos, filósofos, etc. especularon acerca de si el hombre podría adaptarse felizmente a las crecientes complejidades de la sociedad.

Rosen¹¹ señala que a principios del siglo XIX se publicaron obras acerca de la enfermedad, una de ellas fue escrita por Sir Andrew Halliday, el cual menciona que se puede decir que en muchos casos la locura ocurre por el sobreesfuerzo de la mente, que hace trabajar en exceso a sus instrumentos hasta debilitarlos. Mientras que por una especie de reacción, las funciones sanas del cuerpo se dificultan, en otros casos el sobreesfuerzo de las facultades corporales y el trastorno de las funciones vitales provoca una reacción en el cerebro y desequilibra sus actividades.

Jarvis¹² menciona que el progreso de la ciencia, el avance de las artes, la multiplicación de las comodidades, el crecimiento de los refinamientos y la elevación de las costumbres, por sí mismos no trastornan los órganos cerebrales del hombre ni provocan el desorden mental. Pero con ellos vienen más oportunidades y estímulos para la actividad mental intensa y excesiva, ocupaciones más inseguras y arriesgadas y, por consiguiente, más desilusiones, más miedos y provocaciones a la satisfacción de los sentidos, más peligros de accidentes, más esperanzas infundadas y más luchas dolorosas por obtener lo que está fuera de nuestro alcance, o por realizar lo que es imposible.

En opinión de casi todos los autores la locura es una enfermedad que va en aumento.

Rosen¹³ menciona que en el siglo XIX, Hawkes proponía un programa para la salud mental de la comunidad, con el cual pretendía que la acción para este fin debía organizarse sobre la base de la comunidad, usando los recursos de todas las clases sociales. Donde el fundamento de un programa preventivo debía ser una estructura social en la que no hubiera tensiones ni desadaptaciones, en la que todas las clases recibieran exactamente lo que merecían, y en donde se reconociera que la base de la sociedad estaba formada por los robustos corazones y fuertes brazos de la masa de los pobres trabajadores.

¹¹ op. cit. p. 218

¹² Citado por ROSEN, G. op. cit. p. 219

¹³ op. cit. p. 221

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hacia mediados del siglo XIX, el problema de la enfermedad mental, en lo que se refiere a distribución, frecuencia, tendencia, causas, profilaxis y acción a la comunidad, había sido planteado y se habían analizado, desde algunos puntos de vista, varios aspectos que hasta el día de hoy nos preocupan. Muchas de estas cuestiones no podían resolverse debido a la insuficiencia de conocimientos y técnicas. Actualmente, estos aspectos ya están siendo atendidos por los profesionales de la salud mental, incluyendo al psicólogo.

El enfoque diferencial en el estudio de la enfermedad mental se desarrolló en el siglo XX con estudios de psicología étnica, donde se observaba a los trastornos mentales como característicos de los estratos más bajos de la cultura, en los grupos civilizados. A principios de este siglo William A. White¹⁴ sostenía que la locura aumenta en la misma proporción en que las tensiones inherentes a la lucha por la existencia se convierten en tensiones mentales.

De acuerdo a Fernández¹⁵, el enfoque biopsicosocial presenta, entre otras, las siguientes características:

- a) Los aspectos biológicos de una enfermedad constituyen un factor, entre otros, que da lugar a la manifestación de una determinada patología.
- b) Para establecer una relación entre los aspectos biológicos y los datos clínicos de una enfermedad se requiere una aproximación científicamente racional a los aspectos psicosociales y conductuales que presenta tal patología.
- c) Las condiciones de vida y de vivir constituyen variables significativas que inciden no sólo sobre el comienzo de la manifestación de los síntomas de la enfermedad, sino también en las variaciones de su curso.
- d) Los factores psicológicos y sociales son también cruciales para determinar si los pacientes con una determinada patología buscan ayuda en un técnico de salud por iniciativa propia o por influencia de otros.
- e) El tratamiento de una cierta patología requiere no sólo acciones que incidan directamente sobre los procesos biológicos, sino también que tengan en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del proceso y estado de enfermedad.
- f) Es de gran importancia la relación técnico de salud-paciente, a través de la cual el enfermo adquiere los medios para recuperarse físicamente de su enfermedad y de las consecuencias psicosociales de la misma.

¹⁴ Citado por ROSEN, G. op. cit. p. 225

¹⁵ FERNANDEZ, L. (1994) *Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. Siglo XXI. México* p. 39

Todas las características del modelo biopsicosocial que se acaban de indicar conducen a adoptar la perspectiva de la Teoría General de Sistemas que supone una aproximación holística a la prevención, génesis y tratamiento de la enfermedad. Desde esta perspectiva es posible planificar estrategias de prevención para enfermedades sin una etiología todavía conocida, pues dado que adopta la Teoría General de Sistemas, resulta factible actuar sobre diferentes niveles de una forma simultánea que conjuntamente pueden incidir en la aparición de la enfermedad.

3.4 CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Dentro del amplio panorama del proceso salud-enfermedad, se encuentra la conceptualización de salud mental, que como se mencionó anteriormente, no es una condición estática, sino que está sujeta a variaciones en las que influyen tanto factores biológicos como psicológicos. Este concepto implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social. El criterio para juzgar la salud mental es muy relativo, ya que hay enormes diferencias psicológicas individuales, aunque se han dado cinco criterios para evaluar el grado de salud mental que son:

- Ausencia de enfermedad
- Conducta normal
- Adaptación al ambiente
- Unidad de la personalidad
- Percepción correcta de la realidad .

Una persona mentalmente sana o normal es aquella que no padece enfermedades mentales, cuya conducta social es normal en relación a los cánones establecidos, cuya adaptación al ambiente es adecuada, cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, cuya percepción del mundo que le rodea y de sí mismo es realista.

El desorden emocional y la enfermedad mental, en sus diferentes grados, son la reacción de la personalidad ante las múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el individuo se transforma en un enfermo cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos son de tal magnitud que destruyen la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad. La diversidad de las enfermedades mentales depende de la combinación de estos mismos factores, es decir, de la fortaleza o debilidad constitucional o adquirida de la personalidad del individuo y de la gravedad y validez de los conflictos que enfrenta.¹⁰

¹⁰ SAN MARTÍN, H. op. cit. p. 573



Fernández¹⁷ menciona que según los siguientes autores, se puede categorizar la salud como:

- a) Algo discontinuo: es decir, se trata de afirmar que un determinado individuo se halla o bien sano o bien enfermo (Tripp-Reimer, 1984).
- b) Algo continuo o dinámico: es decir, la salud constituye el aspecto final de un cambio progresivo donde la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro. Un sujeto puede pasar de un estado de enfermedad a otro de salud a través de un proceso que va de enfermo a sano (San Martín, 1983; Tripp-Reimer, 1984).
- c) Algo utópico: es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud conceptualiza la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad" (Hogarth, 1978).
- d) Normalidad: es decir, se trata de igualar normalidad con salud. Esto llevaría a considerar la salud como promedio estadístico, lo cual implica que todo lo que se desvíe de la media sea conceptualizado como anormal (con todos los problemas que ello implica). (Goffer y Sabshin, 1974; 1984; 1991).
- e) Adaptación: es decir, se trata de considerar la salud como adaptación bien sea a nivel filogenético u ontogenético, pero siempre considerando la congruencia entre el sujeto y el ambiente (Dubos, 1965; San Martín, 1983).
- f) Desempeño de valores sociales: es decir, la salud es la capacidad óptima del sujeto para la ejecución efectiva de los valores y tareas para las cuales ha sido socializado (Parsons, 1976).
- g) Construcción social: específica en unas condiciones sociomateriales determinadas (Herzlich y Pierret, 1985; Herzlich y Graham, 1973), que a su vez influencia la representación individual de la salud-enfermedad (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984).
- h) Capacidad para ser consciente y manejar eficazmente las interacciones cooperativas con los demás (D.W. Jonson, 1987, p.82)
- i) Una orientación básica intrínseca a la naturaleza humana de la mente normal hacia la salud mental (Taylor, 1991).
- j) Algo que afecta adversamente al riesgo relativo de muerte de un individuo (Wood, Milner, Harpending et al, 1992, p.366).

¹⁷ op. cit. pp. 31-32

Fernández¹⁸ también hace referencia a tres aspectos de la salud mental: concepto de salud mental positiva, concepto holístico de salud, y concepto de salud supraindividual.

Las características de la salud mental positiva son:

- a) Logro y aspiración: es decir, la capacidad de establecer metas realistas y efectuar esfuerzos activos para conseguir tales logros y aspiraciones.
- b) Funciones cognitivas: o sea, la percepción realista del mundo.
- c) Balance emocional, funcionamiento integrado, bienestar afectivo: Se trata de reaccionar de una forma "adecuada" a los estímulos y sentirse bien, ya sea a nivel general o específico.
- d) Ajuste social: Competencia, autonomía. Se trata en un contexto sociocultural concreto de una forma autónoma, competente y "adecuada".
- e) Autoestima: el individuo se percibe a sí mismo como físicamente saludable, atractivo, inteligente, etc.
- f) Utilidad: la capacidad para cuidar de otros y preocuparse por ellos, lo cual conlleva un sentido de lo que se hace y el sentirse útil para algo.
- g) Diseñar y alcanzar metas en un ambiente desafiante: habilidad para desarrollar y conseguir metas en un contexto estresante.

Minsel, Becker y Korchin¹⁹, después de investigar el concepto de "salud mental positiva" en una muestra de sujetos franceses, alemanes, griegos y estadounidenses, hallaron que los componentes más importantes de la salud mental son: actitud positiva hacia otras personas, optimismo, destrezas eficaces de solución de problemas, autonomía y responsabilidad.

Las características del concepto holístico de salud son las siguientes:

Según Dana y Hoffman²⁰ el sujeto busca la totalidad en la vida; el individuo es más que la suma de sus partes, la buena salud es más que bienestar físico; la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; y el mantenimiento de la salud es más importante que el tratamiento de la enfermedad, y los individuos son en gran parte responsables del mantenimiento de su propia salud. Una conceptualización integradora de las diferentes definiciones de salud holística, sería aquella que considera a ésta como un estado de

¹⁸ op. cit. p. 33

¹⁹ Mencionados por FERNÁNDEZ, L. Op. cit. p.33

²⁰ Mencionados por FERNÁNDEZ, L. Op. cit. pp. 33-34



interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, espirituales y ambientales, dentro de un individuo específico en un contexto sociomaterial determinado.

Las características del concepto de salud supraindividual son:

Toda persona suele hallarse inmersa dentro de una determinada familia o grupo equivalente que vive en una comunidad concreta y en una sociedad con una cultura específica. Se supone que en la medida en que estos sistemas "funcionen" de una forma "saludable" o no, influenciarán positiva o negativamente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Desde este punto de vista, la salud no puede caracterizarse exclusivamente como una perspectiva individual, sino que sería necesario considerarla desde los diferentes sistemas en los cuales la persona se halle inmersa. Cuanto más sano sea el contexto sociomaterial, mayores serán las probabilidades de que el sujeto se comporte de una forma sana.

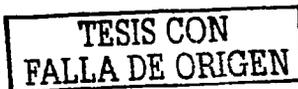
Se acostumbra a hacer mucho más énfasis, tanto a nivel teórico como práctico, en la "enfermedad" que en la "salud" (Homstrom, Jossila y Vauhkonen, 1987, p. 15). Además, a los técnicos de salud se les suele entrenar más bien para buscar la patología que para promocionar la salud (Light, 1982, p. 40). Por ello, se considera pertinente reconocer la necesidad de investigar los procesos de desarrollo normales para describir mejor, explicar y, siempre que sea posible, modificar (o prevenir) la aparición de patologías a lo largo del ciclo vital.²¹

3.5 PRINCIPALES ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana²², el hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia, es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos. Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presenta en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Al evaluar a un niño o a un adolescente, el clínico debe tener en cuenta varios criterios. Se mencionan como ejemplo los siguientes trastornos:

²¹ FERNÁNDEZ, L. Op. cit. p. 34

²² ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*, Ed. Masson, Barcelona.



3.5.1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
- B. Déficits o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C. El inicio es anterior a los 18 años.

Clasificación basada en la gravedad de afectación intelectual:

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| - Retraso mental <i>leve</i> | CI entre 50-55 y 70 |
| - Retraso mental <i>moderado</i> | CI entre 35-40 y 50-55 |
| - Retraso mental <i>grave</i> | CI entre 20-25 y 35-40 |
| - Retraso mental <i>profundo</i> | CI inferior a 20-25 |

Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests usuales.

3.5.2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE APRENDIZAJE

El apartado de Trastornos del Aprendizaje incluye: Trastorno de la lectura, Trastorno del Cálculo y Trastorno de la Expresión Escrita.

3.5.2.1. Trastorno de la lectura:

- A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

3.5.2.2. Trastorno del Cálculo:

- A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

3.5.2.3. Trastorno de la Expresión Escrita:

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir, se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (por ejemplo, escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

3.5.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN:

- A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (por ejemplo caminar, gatear, sentarse), caerse los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

- C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (por ejemplo parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

3.5.4. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN:

En el apartado de Trastornos de la comunicación se incluyen: Trastorno del lenguaje expresivo, Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, Trastorno fonológico, y Tartamudeo.

3.5.4.1. Criterio para el diagnóstico del Trastorno del lenguaje expresivo:

- A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.
- B. Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.
- C. No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

3.5.4.2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo:

- A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así

como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

- B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. No se cumplen los criterios de Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

3.5.4.3. Criterios para el diagnóstico de Trastorno Fonológico:

- A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (por ejemplo, errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, tales como sustituciones de un sonido por otro, utilización del sonido /l/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
- B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

3.5.4.4. Criterios para el diagnóstico de Tartamudeo:

- A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:
 - 1. repeticiones de sonidos y sílabas
 - 2. prolongaciones de sonidos
 - 3. interjecciones
 - 4. palabras fragmentadas
 - 5. bloqueos audibles o silenciosos
 - 6. circunloquios
 - 7. palabras producidas con un exceso de tensión física
 - 8. repeticiones de palabras monosilábicas.

- B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

3.5.5. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

El apartado de Trastornos Generalizados del Desarrollo incluye: el Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno de Asperger. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental.

3.5.5.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista:

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
 - (1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas, disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo, no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - (d) Falta de reciprocidad social o emocional.
 - (2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (e) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - (f) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - (g) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - (h) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- (i) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - (j) Adhesión aparente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - (k) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - (l) Preocupación persistente por partes de objetos.
- (B) Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:
- (1) Interacción social.
 - (2) Lenguaje utilizado en la comunicación social, o
 - (3) Juego simbólico o imaginativo.
- (C) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un Trastorno de Rett o de un Trastorno Desintegrativo Infantil.

3.5.5.2. Trastorno de Rett

El Trastorno de Rett se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento. Entre los 5 y 48 meses de edad el crecimiento craneal se desacelera y se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos. El interés por el ambiente social disminuye durante los primeros años posteriores al trastorno. Se establecen alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco. También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, con retraso psicomotor grave.

El Trastorno de Rett está asociado típicamente a retraso mental grave profundo. Sólo ha sido diagnosticado en mujeres. Tiene su inicio antes de los 4 años de edad, habitualmente durante el primero o segundo año de vida (los niños que padecen este trastorno aún están afectados a los 6 años de edad). El trastorno persiste a lo largo de toda la vida, y la pérdida de habilidades suele mantener y progresar. En la mayor parte de los casos la recuperación es muy limitada.

3.5.5.3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Desintegrativo Infantil:

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - (1) Lenguaje expresivo o receptivo.
 - (2) Habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
 - (3) Control intestinal o vesical.
 - (4) Juego.
 - (5) Habilidades motoras.
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - (1) Alteración cualitativa de la interacción social (por ejemplo, alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).
 - (2) Alteraciones cualitativas de la comunicación (por ejemplo, retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).
 - (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
- D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro Trastorno Generalizado del Desarrollo o de Esquizofrenia.

3.5.5.4. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger:

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - (2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 - (3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo, no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

(4) Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

(1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

(2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(4) Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo, (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

3.5.6. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

A. (1) ó (2):

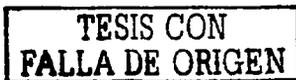
(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.



- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).
 - (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela, el trabajo y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno del Estado de Ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Disociativo o un Trastorno de la Personalidad).

3.5.7. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DISOCIAL:

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) A menudo inicia peleas físicas.
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) Ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo, ataque con violencia, arebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- (7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- (8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

- (10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tíma a todos)
- (12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (por ejemplo, robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas

- (13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- (14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
- (15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando antes de los 13 años.

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Tipos en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipos en función de la gravedad:

Leve: Pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".

Grave: Varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

3.5.8. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE:

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- (1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- (2) A menudo discute con adultos.
- (3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- (4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas.

- (5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- (6) A menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros.
- (7) A menudo es colérico y resentido.
- (8) A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de Trastorno Disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

3.5.9. TRASTORNOS DE TICS

En este apartado se incluyen: Trastorno de la Tourette, Trastorno de Tics Motores o Vocales Crónicos y Trastorno de Tics Transitorios.

3.5.9.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la Tourette:

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo. (Tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado).
- B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de un año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de tres meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (por ejemplo estimulante) o de una enfermedad médica (por ejemplo, enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).

3.5.9.2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Tics Motores o Vocales Crónicos:

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.
- B. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo estimulantes) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
- F. Nunca se han satisfecho criterios del Trastorno de la Tourette.

3.5.9.3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Tics Transitorios:

- A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.)
- B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, estimulantes) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
- F. Nunca se han cumplido criterios de Trastorno de la Tourette ni de Trastorno de Tics Crónicos Motores o Vocales.

**3.5.10. LOS TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN COMPRENDEN:
ENCOPRESIS Y ENURESIS.**

3.5.10.1. Criterios para el diagnóstico de Encopresis

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

3.5.10.2. Criterios para el diagnóstico de Enuresis

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea involuntaria o intencionada).
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

**3.5.11. OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA
ADOLESCENCIA**

En este apartado se incluyen el Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo y el Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o la Niñez.

3.5.11.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por separación:

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
- (1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 - (2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
 - (3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).
 - (4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 - (5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
 - (6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
 - (7) Pesadillas repetidas con temática de separación.
 - (8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno post psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

3.5.11.2. Criterios para el diagnóstico de Mutismo Selectivo

- A. Incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (por ejemplo, en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones.

- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social.
- C. La alteración debe durar por lo menos un mes.
- D. Se inicia antes de los 5 años de edad y suele durar sólo unos pocos meses. Es poco probable que persista a los 6 años de edad.

3.5.11.3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Reactivo de la Vinculación

- A. Una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto.
- B. Se inicia antes de los 5 años de edad.
- C. Se asocia a una crianza sumamente patológica.

Hay dos tipos: Inhibido y desinhibido.

Inhibido

- (1) El niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo.
- (2) El niño es demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente (por ejemplo, vigilancia fría, resistencia a satisfacciones o comodidades, o una mezcla de acercamiento y evitación).

Desinhibido

- (1) Se observa un patrón de vinculaciones difusas.
- (2) El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación.
- (3) El trastorno se asocia a una crianza claramente patológica: desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto. Cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables (por ejemplo, cambios frecuentes de hogar adoptivo).
- (4) Se inicia antes de los 5 años de edad.



(5) Si se suministra un apoyo ambiental adecuado, pueden producirse remisiones o mejorías considerables. De otro modo, el trastorno discurre según un curso continuo.

3.5.11.4 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Movimientos Estereotipados

- A. Comportamiento motor repetitivo que suele parecer impulsivo y no es funcional.
- B. Interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas suficientemente significativas para requerir tratamiento médico.
- C. Persiste por lo menos durante 4 semanas.
- D. Los movimientos estereotipados pueden incluir agitar las manos, balancearse, jugar con las manos, golpetear con los dedos, girar objetos, dar cabezazos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear distintas partes del propio cuerpo. A veces el sujeto utiliza un objeto y puede provocar lesiones permanentes e incapacitantes, que pueden hacer peligrar su vida (por ejemplo cabezazos o golpes contundentes que pueden producir cortes, hemorragias, infecciones, desprendimiento de retina y ceguera).
- E. No existe una edad típica de inicio, éste puede seguir a un acontecimiento ambiental estresante.
- F. Los movimientos estereotipados suelen ser máximos en la adolescencia, y a partir de ese momento pueden declinar gradualmente. En sujetos con retraso mental pueden persistir durante años.

3.5.11.5 Trastorno de la Conducta Alimentaria en la adolescencia: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Anorexia nerviosa:

- Alteración de la percepción de la forma y peso.
- Rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.
- Peso inferior al 35% para peso y talla.
- Inicia entre los 14 y 18 años de edad.

Bulimia nerviosa:

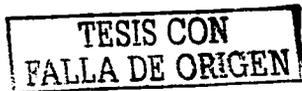
Episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como:

- Vómito provocado.
- Abuso de fármacos laxantes.
- Ayuno o ejercicio excesivo.

En conclusión, la enfermedad mental es un concepto que ha creado polémica, pues cada sociedad señala los términos en los que una conducta pueda ser considerada normal o anormal.

Una persona puede presentar en determinado momento de su vida, conductas consideradas anormales, sin embargo, existen factores determinantes para considerar a alguien como enfermo mental, entre ellos están: el estilo y la coherencia de su comportamiento, su orientación respecto de la realidad y sus consecuencias, así como su funcionamiento dentro de la sociedad.

El DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es de gran utilidad en el diagnóstico de enfermedades mentales, ya que agrupa los principales criterios de cada trastorno de acuerdo a datos estadísticos. Sin embargo una persona puede presentar, al mismo tiempo, algunas características de varios trastornos.



CAPÍTULO 4

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES

"Al integrarse la salud mental a los programas de salud pública, deben fijarse como objetivo principal las actividades de tipo preventivo"

G. Calderón.

La prevención de enfermedades mentales es el objetivo principal en el campo de la salud mental. Por ese motivo, en este capítulo se abordan diferentes aspectos relacionados con ese tema.

Ya desde la Antigüedad, los egipcios intentaban evitar los efectos del alcoholismo, aconsejando a la gente no beber en exceso. Sin embargo, es hasta finales del siglo XIX cuando se registran los antecedentes del movimiento de higiene mental, enfocado inicialmente al mejoramiento de los hospitales para enfermos mentales.

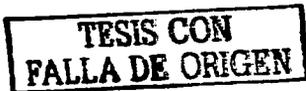
Más adelante, en el siglo XX, Caplan distingue entre tres tipos de esfuerzos preventivos para enfrentar a la enfermedad mental, aún desde antes de que ésta se presente.

4.1 ANTECEDENTES

Materazzi¹ escribe que la medicina que se dedica a los trastornos psíquicos es tan antigua como la medicina de las afecciones corporales y, de alguna manera, ambas siempre estuvieron ligadas a la comunidad, ya sea como chivos expiatorios, poseídos o emisarios. La locura es por excelencia "el mal sagrado" como dicen los griegos. La terapéutica sólo se conoce por un texto que emana de la escuela racionalista de Hipócrates (pequeño tratado "sobre la enfermedad sagrada") hacia fines de siglo V a.c., en donde se protesta enfáticamente contra las prácticas mágico-religiosas, que trataban de poner fin al desarreglo de la mente.

El principio de esta terapéutica consistía en determinar el origen de la posesión, es decir, descubrir la divinidad que se había apoderado del enfermo. Hecho el diagnóstico, se trataba de reconciliar al paciente con la divinidad acusada, de apaciguarla. La curación, consistente en sustituir una posesión por

¹ MATERAZZI, M.A. (1991) *Salud Mental. Una propuesta de Prevención Permanente*. Ed. Paidós, Buenos Aires, p. 13



otra, se obtenía gracias a purificaciones, encantamientos, prohibiciones alimenticias o de vestimentas, ritos de iniciación, enseñanzas doctrinarias que tenían, probablemente, una buena dosis de sugestión. La finalidad evidente era modificar la personalidad perturbada del enfermo, lo que sigue siendo el objetivo de la actual psiquiatría.

Los mismos que intentaban la recuperación de estos pacientes eran los que previamente con sus relatos en los distintos sectores de la comunidad, de alguna manera intentaban prevenir las futuras alteraciones que pudieran manifestar las personas; se podría decir que sería un tipo de antecedente de prevención. En el antiguo Egipto, en un libro sobre reglas de etiqueta publicado 1500 años antes de Cristo, se registran consejos acerca de la manera de evitar los efectos de "beber con exceso de lo bueno".

Stafford-Clark² menciona que la expresión "higiene mental", utilizada por primera vez en Europa a principios del siglo XIX, y pocos años después en los Estados Unidos, posee un significado general que incluye los principios de atención y prevención de la enfermedad mental y de preservación de la salud mental. Los antecedentes de este movimiento en los Estados Unidos, durante la primera parte del siglo XX, son los escritos de Clifford Beers y el profesor Adolf Meyer. Sin embargo, en su forma primitiva el movimiento se interesó principalmente por el mejoramiento y la reforma de las monstruosas y deprimentes condiciones de los hospitales para enfermos mentales.

Caplan³ escribió un libro de texto titulado "Principios de Psiquiatría Preventiva" proyectado para ayudar a los profesionales de la salud mental a establecer programas preventivos. En su definición del término "psiquiatría preventiva" Caplan distinguía entre los tres tipos de esfuerzos preventivos. El primero, llamado prevención primaria, pretende reducir la incidencia de las perturbaciones mentales en la comunidad. El segundo, denominado prevención secundaria, tiene por finalidad reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado. El tercero, la prevención terciaria, busca reducir el perjuicio que pueda haber resultado de alguna perturbación mental manifiesta.

4.2 DEFINICIÓN

Los niveles de prevención son distintos grupos de medidas y actividades que se aplican en los distintos períodos evolutivos de la historia natural de la enfermedad y que tienen la finalidad de incidir sobre este proceso, con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar, según sea el caso, al individuo enfermo. Fernández⁴ menciona a los siguientes autores que escriben acerca de la prevención:

² STAFFORD-CLARK, D. (1968) *Psiquiatría Moderna. Prevención-Tratamientos-Psiquiatría Social*. Ed. Pielos. Buenos Aires. p. 72

³ CAPLAN, G. (1964) *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Ed. Basic Books, New York. P. 43

⁴ FERNÁNDEZ, L. (1994) *Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica*. Siglo XXI. México pp. 139-143.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Según Bower (1969) la prevención primaria en salud mental es cualquier intervención social y psicológica que promueve o realiza el funcionamiento emocional, o reduce la incidencia y prevalencia del mal ajuste emocional en la población en general.

Hay personas que son más vulnerables que otras a contraer una enfermedad mental. Esto se debe a que presentan una combinación de factores de riesgo (genéticos, estructurales y ambientales), y a que deben estar faltando los suministros necesarios para proteger su salud mental (físicos, psicosociales y socioculturales).

Para Goldston (1977) la prevención primaria en salud mental constituye un conjunto de actividades dirigidas específicamente a identificar los grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido etiquetados como enfermos psiquiátricos y para los que pueden emprenderse medidas con el objetivo de evitar el comienzo de trastorno emocional y/o realzar su nivel de salud mental positiva.

De acuerdo a Lofquist (1983) prevención es un proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promueven el bienestar de la gente.

En este punto es muy importante la participación del psicólogo. El asesoramiento puede ayudar considerablemente a los niños que atraviesan periodos de estrés, y a sus familiares, a superarlos. El psicólogo puede alentar a los padres a que preparen con anticipación a sus hijos frente a hechos previsibles y potencialmente traumáticos (por ejemplo: divorcios, separaciones, cirugía electiva, etc.) El psicólogo puede actuar permitiendo al niño que exprese sus sentimientos de consternación, de temor o de ira, o animarle a que lo haga, en lugar de decirle que sea "buen niño".

Es frecuente que los padres estén preocupados por saber si las conductas particulares de sus hijos son "normales" o si representan problemas que exigen alguna intervención. El psicólogo debe explicar que algunas acciones "sintomáticas" de los niños pueden formar parte del desarrollo normal. Por ejemplo, una rabieta puede expresar el negativismo normal de un preescolar, en cambio, si se presenta a raíz de una provocación sin importancia en un niño de 6 años, puede ser signo de trastornos psico-sociales. Para juzgar si una conducta es una variante del desarrollo o un indicio de problemas más graves, deben tenerse en cuenta: la edad del niño, la frecuencia, la intensidad y número de síntomas, y sobre todo el grado de afectación funcional. Además, el psicólogo debe tener en cuenta que la decisión de los padres de buscar ayuda, viene a su vez determinada por las características de la conducta del hijo, por el grado de malestar que ésta genera en el propio niño y en sus padres, profesores y otras personas, y por su experiencia de consultas anteriores con sus médicos para comentar cuestiones psico-sociales.

La prevención secundaria trata de reducir la prevalencia de las enfermedades mentales. La prevalencia se refiere a la duración de la enfermedad mental. Esto se logra mediante la detección oportuna y el tratamiento efectivo.

Por lo que se refiere a la prevención terciaria, se suele hacer referencia a la "rehabilitación", a la cual Fernández conceptualiza como "el conjunto de conocimientos que tienen como meta global: asegurar que la persona con un trastorno psiquiátrico pueda ejecutar aquellas destrezas intelectuales, sociales, emocionales y físicas necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad, con la menor cantidad posible de apoyo necesario de los agentes de las profesiones de ayuda"

4.3 ENFOQUES

Se pueden aceptar hoy en día por lo menos cuatro "revoluciones" en el desarrollo histórico de salud mental y la prevención, que se pueden agrupar bajo la denominación de: el tratamiento moral; el modelo intrapsíquico; el movimiento de salud mental comunitaria; y el movimiento de atención y prevención primaria. Fernández⁵ se centra solamente en la última: Se habla de una "cuarta revolución en salud mental" que se halla constituida por el énfasis que desde mediados de los años setenta se hace en la prevención primaria.

Cowen⁶ reconoce que "prevención primaria en salud mental" es un concepto ascendente. Esto se manifiesta en que:

- a) El término aparece cada vez con mayor frecuencia en publicaciones significativas.
- b) Figura muy a menudo no sólo en los currículos universitarios, sino también en las disposiciones legislativas pertinentes.
- c) Es considerada como una alternativa teórica y práctica en ciertos campos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- d) Cada vez existe mayor número de personas que la intentan poner en práctica.

Fernández⁷ señala como peculiaridades de la prevención primaria:

- a) Hace énfasis no sólo en aspectos de la salud mental, sino también en la salud física, reconociendo así la interconexión entre las dos.

⁵ op. cit. p. 145

⁶ Citado por FERNÁNDEZ, L. Op. cit. p. 146

⁷ op. cit. p.147



- b) Reconoce las contribuciones que diversas disciplinas, se hallen incluidas "dentro" o "fuera" de la psicología, pueden hacer a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, habiéndose entonces de Psicología Preventiva.
- c) Es proactiva más que reactiva. Actúa para prevenir la enfermedad y no como respuesta a la enfermedad que ya se presentó.
- d) Tiene una orientación comunitaria y no individual, ni dirigida a sujetos ya con disfunciones. Esto es con el propósito de tener un mayor impacto preventivo.
- e) Utiliza más la educación y la ingeniería social, que la terapia y la rehabilitación como instrumentos fundamentales de intervención. Esto se debe a que el medio social puede ser un factor de riesgo o de protección de la salud mental.
- f) En vez de tratar las disfunciones, la prevención primaria intenta equipar a las personas (sujetos competentes) con recursos ambientales y personales para confrontarse y superar los problemas que puedan surgir.
- g) Reconoce la necesidad de una sociedad más justa en la que se pueda reducir al máximo las situaciones de explotación y de indefensión, que pueden llevar a la persona a contraer una enfermedad mental, (por ejemplo: maltrato infantil).

Fernández⁸ menciona que debido a que el énfasis en la prevención es más bien reciente, todavía no existe un marco de referencia dentro del cual encuadrar el conocimiento disponible, que a su vez va a servir de guía para las acciones prácticas.

Con referencia a lo que declara este autor, se menciona que el Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" guía buena parte de sus actividades en base al modelo de prevención por niveles de Caplan.

No obstante, Fernández señala una serie de aspectos que es necesario tener en cuenta para una posible estructuración general del campo teórico-práctico de la prevención:

- a) La interconexión entre salud física y mental y la aplicación de programas para prevenir las dos de forma conjunta.
- b) Las controversias acerca de qué desórdenes mentales presentan una mayor carga biológica (genética), y hasta qué punto esto afecta a la teoría y práctica de la prevención.
- c) La polémica acerca de quién es el responsable de la salud de los individuos; esto es, son los sujetos concretos culpables de sus problemas de salud, o tal

⁸ op. cit. p. 148

vez es la comunidad, la sociedad como algo general y abstracto en la que nadie se responsabiliza de la salud; o más bien se trata de una relación transaccional entre individuo y comunidad-sociedad.

- d) La salud como algo valorado que teórica y prácticamente interesa al individuo y a la comunidad, se trata, en definitiva, de fomentar estilos de vida saludables en donde en vez de ocuparse tanto de la enfermedad mental, se promocióne la salud mental.
- e) La conveniencia de adoptar una perspectiva ecológica que reconozca la existencia de sistemas que se conectan entre sí para llegar a desarrollar contextos y sujetos más sanos, teniendo como objetivo la creación de "contextos humanos sanos" o una "cultura de la salud".
- f) Reconocer el papel que puede jugar el sujeto, considerándolo como agente activo productor de su propio desarrollo a todo lo largo del ciclo vital; lo cual conlleva reconocer un papel activo para el individuo en su contexto sociohistórico.
- g) Admitir la importancia de que los individuos y comunidades tengan control, y sean conscientes de ello, sobre su propio "comportamiento".
- h) Adoptar el modelo de competencia como alternativa al modelo del déficit, que hace énfasis no sólo en el realzamiento de la competencia a nivel individual, sino también a nivel comunitario.
- i) Dar prioridad a los sujetos de alto riesgo patológico, lo que llevaría a hablar del concepto o modelo de vulnerabilidad aplicado en cada caso concreto al trastorno correspondiente.
- j) Reconocer el papel de los eventos vitales y sucesos diarios como factores desencadenantes o agravantes de problemas de salud somáticos y psicológicos, y el papel del apoyo social para "amortiguar" sus efectos.
- k) Hacer hincapié en el diseño, implementación, evaluación de programas y diseminación de resultados, considerando, entre otros aspectos, la relevancia social y científica de los resultados obtenidos.
- l) Reconocer la importancia de diseñar una psicología de la intervención y de unos adecuados procesos de innovación social.
- m) Ser sensible a las diferencias culturales.
- n) Tener en cuenta los diversos contextos socioculturales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- f) Encuadrar la teoría y práctica de la prevención primaria dentro del sistema de salud pública.
- o) Hacer hincapié en por qué dentro de un grupo de sujetos que se hallan en una situación estresante, unos generan patologías mientras que otros permanecen sanos.
- p) Hacer énfasis en los conceptos de salud de los individuos para diseñar programas de prevención.
- q) Reconocer la importancia de las actitudes hacia la salud, salud mental y enfermos mentales para diseñar e implementar programas de intervención.
- r) Considerar cuál puede ser el valor predictivo de un determinado trastorno en un período temprano del ciclo vital, para la posterior manifestación o no de una determinada patología en la edad adulta. (Por ejemplo, un trastorno de ansiedad puede repercutir en anorexia nerviosa.)
- s) Hacer énfasis en las consecuencias negativas que pueden tener las intervenciones preventivas.
- t) Admitir que así como se habla de "comorbilidad", coocurrencia de dos o más enfermedades, también se puede acuñar el concepto de copreención. Al prevenir un factor de riesgo, por ejemplo el estrés, se produce un efecto positivo sobre la reducción de la ansiedad, la depresión, el sistema inmunológico, etc.

Además de los aspectos que se acaban de indicar, es necesario tener en cuenta el entrenamiento de los profesionales en la teoría y práctica de la prevención; el fomento de los servicios de consulta y educación para la salud; reconocer la urgencia del estudio de los factores estresantes específicos en poblaciones definidas; la investigación sobre cómo los eventos estresantes proximales y distales influyen en el desarrollo de patologías en personas con baja competencia social, bajo apoyo social, etc.; conjugar estrategias de investigación retrospectivas y prospectivas; y saber cómo poder actuar de una forma más efectiva en las organizaciones para que acepten la puesta en práctica de programas de prevención.

Investigación retrospectiva se refiere a que los datos se obtienen de fuentes de información que ya estaban disponibles, no específicamente para la situación que se investiga. La investigación prospectiva es cuando los datos se obtienen intencionalmente, con una secuencia hacia adelante, en fechas posteriores al inicio de la investigación, de manera programada.

Por otro lado, Caplan⁹ reconoce que para crear programas preventivos primarios óptimamente eficaces sería de ayudar saber tanto como sea posible acerca de la etiología de la perturbación mental. Esto es, uno debe tener una idea bastante bien formada de cuáles fuerzas ambientales lo predisponen a uno a los tipos particulares de perturbación y de cómo se pueden manipular estas fuerzas para crear resistencia contra tales perturbaciones. Sin embargo, Caplan cree que la prevención primaria es factible pese al hecho de que sabemos mucho menos de lo óptimo acerca de la etiología de la mayoría de las perturbaciones mentales. Él señala ejemplos en la medicina de la salud pública en los que muchos programas preventivos primarios exitosos fueron establecidos antes de que fuera entendida la etiología de las enfermedades que previnieron. Por ejemplo, la viruela fue prevenida por medio de la vacunación, mucho antes de que las causas de la enfermedad fueran bien comprendidas. Del mismo modo, los mayores adelantos se hicieron en el control de la enfermedad infecciosa en las ciudades, mucho antes del advenimiento de la teoría de los gérmenes y el descubrimiento de los agentes microbianos. Caplan cree, pues, que uno puede confiar en el mejor conocimiento actual de los factores que parecen estar asociados con la presencia o ausencia de una perturbación y erigir un programa basado en ese conocimiento.

Dado nuestro conocimiento imperfecto de la etiología de la perturbación mental, estos, deben desarrollarse algunas otras bases para dirigir las actividades preventivas primarias. Caplan considera que debe diseñarse un modelo conceptual para guiar los esfuerzos preventivos. En esencia, le parece que un modelo así se parece a un mapa en escala reducida de una región, que es útil para alguien que emplea un automóvil pero que no proporciona la clase de detalle que un peatón prefiere tener. Consecuentemente, el modelo propuesto por Caplan hace énfasis en ciertas generalidades principales y en las instrucciones para los programas preventivos primarios (suministros).

4.4 TIPOS DE PREVENCIÓN

4.4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Un supuesto fundamental en el modelo de Caplan¹⁰ es que para evitar la perturbación mental, cada individuo necesita "suministros" apropiados a su etapa particular de desarrollo. Tres grupos de suministros son especificados en este modelo: físicos, psicosociales y socioculturales. Las deficiencias cuantitativas o cualitativas en estos suministros pueden impulsar la perturbación, así como la alimentación insuficiente o los excesos de la clase indebida de alimentos pueden dar por resultado la desnutrición.

Los suministros físicos son necesarios para el crecimiento y el desarrollo corporales y para el mantenimiento de la buena condición física. Por ello, la alimentación, el refugio adecuado, las oportunidades de ejercitar el cuerpo, la

⁹ CAPLAN, G. (1993) *Aspectos Preventivos en Salud Mental*. Ed. Piledos, Barcelona.

¹⁰ Citado por MATERAZZI, M.A. op. cit. p. 42



estimulación sensorial, y así por el estilo, son fundamentales. Hay necesidad también de medios para protegerse del daño corporal.

Por el término de suministros psicosociales, Caplan se refiere a la estimulación cognoscitiva y emocional recibida a través de la interacción con otras personas, con la familia de uno, los iguales y las personas mayores. Las personas tienen una variedad de necesidades interpersonales que deben ser satisfechas mediante la interacción con otros seres humanos. El fracaso en satisfacer necesidades como las del amor y el afecto, la limitación y el control, y la participación en las actividades sociales, puede resultar en la perturbación emocional. Una "relación malsana", en la que el individuo tiene poca oportunidad de satisfacer sus necesidades porque la gente que trata no se las respeta o le utiliza para satisfacer sus propias necesidades, puede resultar en la alteración mental. Más todavía, la interrupción de relaciones previamente satisfactorias por la muerte o el desengaño puede ser traumática asimismo.

El término suministros socioculturales se refiere a aquellas fuerzas que derivan de las expectativas de otros en torno al individuo en lo concerniente al lugar de éste en la estructura de la sociedad. Estas fuerzas son determinadas por las costumbres y los valores de una cultura y por la estructura social. El grupo privilegiado en una sociedad estable hereda con frecuencia los papeles sociales que facilitan el desarrollo de una personalidad sana. Nacer en un grupo de condición social o económica baja o en una sociedad que en sí es inestable, puede obstaculizar el desarrollo. Más aún, a los nacidos en un grupo rico en herencia cultural es más probable que se les enseñe a tratar eficazmente con los problemas altamente complicados de la vida. Por otra parte, una sociedad en fase de transición, no ha desarrollado maneras bien probadas de tratar los nuevos problemas. En estas circunstancias se fuerza al individuo a apoyarse en grado sumo en sus propios recursos, que pueden ser insuficientes y poner en riesgo su salud mental.

Por lo tanto, para reducir la tasa total de los nuevos casos de enfermedad mental, es necesario entender las circunstancias que producen tal perturbación y modificarlas antes de que tengan oportunidad de ejercer su influencia. A este respecto debería hacerse hincapié en que la prevención primaria es un concepto de la comunidad. No se propone tratar los problemas de un individuo específico sino, en lugar de ello, reducir el riesgo de la perturbación mental para una población íntegra. Su meta, por ende, es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. Así pues, el programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas.¹¹

¹¹ ZAX, M., SPECTER, G. (1979) *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. Ed. El Manual Moderno, S.A. México, p. 44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además de las necesidades descritas para los diversos tipos de suministros, el modelo conceptual de Caplan, ve asimismo que la solución de crisis desempeña un papel pivote en la prevención primaria. Las crisis son situaciones que pueden crear una perturbación mental o que pueden proporcionar oportunidades de mayor crecimiento psicológico. El desarrollo de la personalidad comporta el pasar a través de una sucesión de fases diferentes, lo cual puede ser tenso, y se considera que acarrea las "crisis de desarrollo". Además, hay "crisis accidentales" que surgen de los riesgos ordinarios que toda persona encara en la vida, por ejemplo, una pérdida repentina de los suministros de uno u otro tipo o la amenaza de semejante pérdida. Los historiales de muchos pacientes mentales revelan que su perturbación se intensificó y progresó tras el fracaso en dominar los desafíos planteados en estas etapas de transición en sus vidas. Por otro lado, muchos individuos que han pasado por crisis significativas y las han superado, han encontrado en tales periodos de la vida los puntos cruciales en los que se ha creado la mayor fortaleza y competencia. Los esfuerzos por ayudar al individuo a dominar las crisis tienen, pues, un potencial considerable para la prevención posterior de la perturbación mental. Sobre esta base, Caplan ofreció sugerencias concretas concernientes a los programas preventivos primarios: la acción social y la acción interpersonal.¹²

LA ACCIÓN SOCIAL:

La meta básica de la acción social es la de mejorar la comunidad de modo que proporcione los suministros físicos, psicosociales y socioculturales necesarios y, al mismo tiempo, la de ofrecer asistencia a aquellos que afrontan crisis.

Para alcanzar la meta de los suministros físicos adecuados pueden establecerse cantidad de programas, por ejemplo: una campaña para prevenir la ingestión de pintura que contenga plomo por parte de los niños, el establecimiento de las clínicas prenatales y el aliento a las clases socioeconómicas bajas para que hagan uso de ellas. El cuidado médico apropiado que estas clínicas pueden brindar reduce las complicaciones del embarazo que pueden llevar a una diversidad de perturbaciones mentales. La relación patente entre la privación material y la vulnerabilidad a la perturbación mental sugiere otra vía para la acción social mediante la planeación de la comunidad.

La mayoría de los suministros psicosociales significativos son recibidos a través de las relaciones familiares. Los programas legislativos y sociales que ayudan a mantener la integridad de la familia tienen impacto preventivo primario. Las leyes de divorcio pueden requerir que la pareja consulte con un especialista de la salud mental antes de que se conceda un divorcio. Se pueden proveer programas de educación pública para los padres a fin de que crezca su comprensión de las necesidades de sus hijos.

¹² ZAX, M., SPECTER, G. Op. Cit. Pp. 46-47

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La acción social puede encargarse más directamente de los suministros culturales por medio de la influencia sobre el sistema educacional. Por ejemplo, puede alentarse a las escuelas a desarrollar programas para los jóvenes que los preparen mejor para los requerimientos más exigentes de las nuevas industrias. Otro ejemplo sería el esfuerzo de la organización de la comunidad para vencer la apatía y para acrecentar la efectividad de los grupos de ciudadanos. Los esfuerzos de la acción social pueden proporcionar suministros socioculturales para los grupos vulnerables a la perturbación mental por causa del aislamiento social, como los ancianos, a quienes se les podría estimular para que sigan interesados por los aspectos amplios de la vida de la comunidad y para que participen en los programas sociales, políticos y recreativos. Se puede animar a la comunidad a proveer planes más apropiados para la vivienda.

Caplan identificó dos formas de prevenir la inadaptación resultante de las reacciones a la crisis. La primera se realiza antes de que se presente la crisis; implica el intento de prever las situaciones que promueven las crisis y el tratarlas antes de que puedan tener una influencia negativa. La segunda comprende la prestación de servicios a los que ya están pasando por una crisis para fomentar la resolución adaptativa de la misma.

Los períodos de transición en el desarrollo engendran tensiones que es probable que resulten en las crisis. Por lo que Caplan recomienda que se preste especial atención a los que comienzan en la escuela, a los que inician una carrera universitaria, a los que se están comprometiendo en matrimonio, a los que se están casando, a las mujeres que esperan un hijo, a las que los tienen, a quienes están experimentando el climaterio, o a los que afrontan el momento del retiro, los individuos que están enfermos físicamente o se están sometiendo a operaciones quirúrgicas que ponen en peligro la integridad corporal, los que se hallan afligidos por el luto o sufren por la separación de un ser amado por razón de una hospitalización, o los que están viviendo un matrimonio deshecho. La gente que encara muchos problemas de esta especie se halla a menudo en las agencias específicas de la comunidad, que incluyen: clínicas prenatales, hospitales, juzgados de divorcio, jardines de niños, escuelas primarias, secundarias, preparatorias, universidades, oficinas de los clérigos, etc. Proporcionar servicios de consulta en situaciones como éstas puede tener un impacto preventivo primario mediante la disminución de la tensión de la crisis.

Los servicios que ayudan a fomentar el enfrentamiento saludable de la crisis son brindados a través de las agencias o los profesionales que se encuentran frecuentemente impreparados ellos mismos en el trabajo de la salud mental. Para mejorar dichos servicios, debe ofrecerse consulta a estas agencias y grupos. Puesto que estos enfoques sociales son intrusos y suelen pedir a las agencias y a los profesionales que amplíen sus metas de servicio, son difíciles de aplicar.

Otra vía para ayudar a los individuos a soportar las crisis es por medio de la educación. A los niños se les puede enseñar a analizar los factores causales tras

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las situaciones y a planear respuestas efectivas basadas en la comprensión completa.

Por otro lado, Martín¹³ menciona algunos ejemplos de prevención primaria: programas para reducir la discriminación laboral, mejorar los programas de estudio en las escuelas, mejorar las condiciones de vivienda, dar entrenamiento en habilidades de paternidad responsable y proporcionar ayuda a niños que provienen de hogares con un solo padre, orientación genética, atención prenatal a mujeres en condiciones de extrema pobreza, los desayunos escolares y demás.

LA ACCIÓN INTERPERSONAL:

La prevención primaria mediante la acción interpersonal comporta el contacto cara a cara entre un profesional de la salud mental y los individuos o los grupos pequeños. Aunque el centro focal inmediato de dicha interacción es el individuo, el impacto de los esfuerzos de los trabajadores de la salud mental alcanza a toda la comunidad. Para maximizar esta probabilidad, los blancos de los esfuerzos son escogidos juiciosamente, preferentemente los miembros clave de la comunidad cuyo papel tiende a afectar a la salud mental de muchos otros.

El método de la acción interpersonal se puede emplear tanto para asegurar la provisión de los suministros básicos como para ayudar en el afrontamiento saludable de la crisis. Un ejemplo es el de la identificación y el mejoramiento de las relaciones alteradas entre la madre y el hijo. Con frecuencia se puede determinar que una madre se está relacionando con su criatura sobre cierta base que satisface sus propias necesidades maternas, pero ignora las necesidades del pequeño. La intervención de orientación antes de que el desarrollo del bebé haya sido afectado adversamente, puede rendir una importante función de prevención.

Hay otras personas que ejercen autoridad en posición de dar suministro a las necesidades básicas de otros seres que están en su jurisdicción, por ejemplo: el capataz de una planta industrial, los oficiales en las fuerzas armadas, el alcalde de una prisión, los dirigentes administrativos de una comunidad, etc. Se puede aprovechar la oportunidad de instituir medidas preventivas primarias mediante la acción interpersonal dirigida a tales autoridades. El apoyo brindado al profesional cuidador de la comunidad (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, clérigos, abogados, etc.) por el especialista de la salud mental, es un ingrediente crucial en la prevención primaria mediante la acción interpersonal.¹⁴

¹³ MARTIN, A. (1998) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicación*. Ed. Síntesis Psicológica, España, p.441

¹⁴ ZAX, M. SPECTER, G. Op. Cit. P. 50



4.4.2. LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria está dirigida a la reducción de la tasa de incapacidad psicológica, causada por secuelas de la enfermedad, en una población. Estos esfuerzos se encaminan a aminorar la frecuencia de las perturbaciones específicas. La frecuencia se refiere a la tasa de casos establecidos de una perturbación en un punto dado en el tiempo.

Una reducción en la frecuencia de cualquier perturbación puede ocurrir ya sea porque los factores que causan la perturbación sean eliminados efectivamente, disminuyendo la tasa de casos nuevos, o porque la tasa de casos antiguos sea aminorada por la detección temprana de la perturbación y el tratamiento efectivo. El primero de estos métodos es la prevención primaria. La prevención secundaria se concentra en la segunda meta. Es obvio que los esfuerzos preventivos primarios exitosos tienen necesariamente un impacto de prevención secundaria.

El diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de cualquier perturbación mental es simplemente parte de lo que desde hace mucho se ha considerado el buen cuidado de la salud mental, puesto que el tratamiento exitoso de cualquier individuo con una perturbación mental lo elimina de la existencia de los casos establecidos de esa perturbación y, en cierta medida, aminora su frecuencia. Para tener impacto significativo en la frecuencia de la perturbación, deben reducirse las enfermedades de grandes cantidades de individuos. Para calificar como un programa de prevención secundaria, los esfuerzos preventivos deben tratar las perturbaciones en gran escala y deben conseguir diferencias reconocibles en las tasas totales de la comunidad. El alcance del trabajador de la salud mental debe extenderse no sólo a los individuos aquejados que le buscan, sino adondequiera que se encuentren tales problemas en la comunidad. Tienen que descubrirse las formas de localizar estos problemas y de extender la pericia de la salud mental para tratarlos.

Para cualquier programa preventivo secundario son esenciales los procedimientos para detectar la presencia de una perturbación tan tempranamente como sea posible. Esto bien puede requerir técnicas especializadas para detectar las perturbaciones específicas, ya que los instrumentos diagnósticos tradicionales ofrecen relativamente poco en este aspecto. Procedimientos de selección que centren su atención en ciertas conductas o en características demográficas pueden resultar idóneos en muchos casos.

La afinación de los procedimientos de detección temprana y la sensibilización de los individuos para hacer remisiones tempranas deben acompañarse de programas que preparen a las agencias de tratamiento para lidiar con estos problemas. Los programas de información pública encaminados a alentar la remisión temprana tienen que incluir la información de a dónde pueden ser remitidos los individuos. También tienen que ser reducidas las barreras entre la agencia y la comunidad para facilitar la remisión. La agencia misma tiene que estar localizada cerca de la población de la cual es probable que se hagan las

remisiones, y es preciso que disminuya el papeleo burocrático tradicional que demora ordinariamente el tratamiento. Ciertas situaciones, como las escuelas o las fuerzas armadas, se prestan por sí mismas más fácilmente que otras a los programas de selección en gran escala y al desarrollo de los programas de prevención secundaria.¹⁵

Martín¹⁶ menciona un ejemplo de prevención secundaria: la detección y tratamiento tempranos de aquellos individuos con problemas potencialmente dañinos relacionados con el alcohol.

4.4.3. LA PREVENCIÓN TERCIARIA

El punto focal en la prevención terciaria está en el individuo que ha sufrido la perturbación mental, ha sido tratado, y está intentando readaptarse a la vida de la comunidad. La meta es eliminar los efectos residuales de la enfermedad mental y fortalecer al individuo para que pueda contribuir a la calidad general de la vida en su comunidad. La rehabilitación del paciente mental recuperado es la finalidad primaria de la prevención terciaria. Los programas preventivos primarios o secundarios sirven también a este fin y de aquí que traslapen considerablemente a la prevención terciaria.

Caplan creía posible una variedad de esfuerzos en gran escala para la reducción del efecto residual en los individuos que han sufrido la perturbación mental. Un programa de esta clase comporta la educación pública acerca de la naturaleza de la perturbación mental (explicar los signos y síntomas de la enfermedad mental). Frecuentemente, las personas que viven con alguien que padece una enfermedad mental están más familiarizados con la conducta de éste en las primeras etapas de la perturbación, cuando puede haber aparecido en su peor aspecto. Durante la hospitalización, su cambio gradual hacia un estado más normal no se observa fácilmente; se desarrollan fantasías estereotipadas referentes a cuál puede ser su conducta cuando él vuelva a casa, de modo que las personas que rodean al ex paciente pueden esperar aprensivamente verle de nuevo la conducta extravagante que le llevó al hospital en un principio. Los programas de educación pública y de consulta con los miembros de la familia pueden ayudar a evitar las fantasías y las expectativas equivocadas acerca de la condición del paciente, y a asegurar que sea recibido en una atmósfera óptimamente provechosa.

Otro problema que presenta el paciente mental que retoma, es que una vez que ha dejado su situación social por un tiempo, el sistema social al cual ha pertenecido tiende a readaptarse en una forma que transfiere los papeles antiguos que a él correspondían a otros en el sistema. Al retornar, el ex paciente encuentra a menudo difícil el reasumir su antiguo lugar en su familia, su trabajo, y entre sus iguales sociales. En un momento en que su seguridad se ha debilitado por haber

¹⁵ ZAX, M., SPECTER, G. Op. Cit. Pp. 52-53

¹⁶ op. cit. p. 441

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tenido que ir a un hospital, encuentra aún más incertidumbre al no tener su antiguo papel al cual volver. La gravedad de este problema puede disminuirse minimizando el período de la hospitalización y manteniendo estrecho contacto entre el paciente, su familia, sus amigos y sus compañeros de trabajo durante el período de la enfermedad. Los profesionales que se ocupan del paciente pueden hacerles ver claro a los interesados, que éste irá volviendo a todo y que debería esperarse a la larga que readopte sus antiguos papeles.

La institución mental puede hacer una contribución más significativa hacia la prevención terciaria: una reflexión nueva sobre las metas de la hospitalización y los métodos empleados para alcanzarlas. Las condiciones de vida en el hospital mental típico contribuyen frecuentemente al deterioro de la conducta del paciente que sería adaptativa fuera del hospital. Los hospitales cumplen con una función útil para la sociedad quitándole molestias a la comunidad y manteniéndolas fuera de la vista pública; sin embargo, no siempre logran satisfacer las necesidades del paciente que espera retornar a la comunidad.

Otro enfoque de la prevención terciaria es el crear instituciones que son puestas a medio camino entre el hospital resguardado del ambiente competitivo y la comunidad. Las demandas del ambiente del hospital mental y las de la comunidad general pueden ser tan dispares que algunos pacientes tienen dificultad para adaptarse con presteza. Se les puede ayudar, dándoles de alta para su paso a instituciones de transición como las casas de paso, los hospitales diurnos, los hospitales nocturnos y similares. Dichas instituciones pueden librar al paciente de la dependencia de un ambiente altamente protector.

Otro método preventivo terciario es la rehabilitación ocupacional. En estos programas son evaluadas las aptitudes y capacidades de trabajo del paciente, por lo común durante la última parte de su estancia en el hospital, y se les coteja con las oportunidades de trabajo existentes. Se da un reentrenamiento en el caso de que nuevas habilidades permitan al paciente encajar mejor en el mercado de trabajo local. Muchas comunidades patrocinan centros de trabajo resguardados de los ambientes competitivos, en los que los pacientes puedan trabajar por un tiempo, libres de las demandas del empleo ordinario, pero en los cuales puedan tener oportunidad de erigir su capacidad con supervisores que saben de sus problemas y cuidan de no abrumarlos. La localización de las oportunidades de empleo para los pacientes dados de alta es otro servicio prestado por los programas de rehabilitación. En muchos casos esto puede facilitarse ofreciéndole consulta al patrón en relación con el manejo de tales trabajadores.¹⁷

En conclusión, la prevención implica medidas y actividades aplicadas en diferentes etapas de la enfermedad, con el objeto de evitar que ésta avance a otra etapa de su curso natural.

¹⁷ ZAX, M., SPECTER, G. Op. Cit. Pp. 54-55

Con estas medidas se pretende prevenir, diagnosticar, tratar, habilitar y rehabilitar, según sea el caso, al individuo enfermo.

Los esfuerzos preventivos primarios se aplican en el período prepatogénico de la enfermedad, cuando la persona está aparentemente sana, pero podría estar por iniciar una variación del estado de salud al de enfermedad (síntomas latentes).

Se trata de evitar que la persona se enferme mediante la creación de una situación óptima para todos los miembros de una población. Aquí el psicólogo puede intervenir mediante la educación y fomento de la salud mental en la comunidad.

Las actividades preventivas secundarias se realizan durante el período patógeno temprano de la enfermedad, cuando ya han aparecido los signos y síntomas de la misma.

Los esfuerzos preventivos están dirigidos a aminorar la frecuencia de enfermedades mediante el diagnóstico temprano y tratamiento efectivo. El psicólogo puede intervenir, dentro de un equipo interdisciplinario, mediante la aplicación de pruebas de evaluación psicológica, psicoterapia y orientación a los familiares para que colaboren en el tratamiento del paciente.

La prevención terciaria se dirige al individuo en el cual han fracasado los esfuerzos preventivos primarios y secundarios, por lo que la enfermedad ha avanzado al período patógeno tardío. La rehabilitación del paciente recuperado se realiza para eliminar los efectos residuales de la enfermedad y fortalecer al individuo para que pueda adaptarse a su comunidad. El psicólogo trabaja de manera interdisciplinaria con el paciente y su familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 5

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

"El acto más revolucionario es renovarse a sí mismo".

Henry Miller.

El papel del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales se ubica dentro del área de psicología comunitaria. Por ese motivo, en este capítulo se incluyen algunos aspectos relacionados con esa materia.

El reconocimiento de que los sistemas de servicios existentes no lograban satisfacer las necesidades sociales provocaron dudas entre los psicólogos acerca de la utilidad del modelo conceptual sobre el que se ha basado el establecimiento de la salud mental.

La medicina de la salud pública ha elaborado un planteamiento para el trabajo del psicólogo comunitario, ya que le permite llegar a la comunidad, tomar medidas para incidir en la estructura social de manera que realcen su desarrollo, tratar de descubrir las aportaciones ambientales a la etiología de las diversas perturbaciones de la conducta, y producir los cambios ambientales que nulifiquen el efecto de tales aportaciones.

Como se mencionó anteriormente, Bleger¹ señaló el camino de los psicólogos como "agentes del cambio social" y la necesidad de que se incluyeran dentro de las tareas comunitarias y preventivas. Bleger dice que el trabajo en grupo es una exigencia básica para el psicólogo. Agrega que la función social del psicólogo clínico es la salud pública y, dentro de ella, la prevención al actuar antes de que las enfermedades mentales hagan su aparición.

Este autor describe el papel del psicólogo en el área de la psicología comunitaria al afirmar que se debe promover bienestar y no solamente curar, dirigiéndose a las condiciones de vida y atendiendo a la relación interpersonal, que puede ser un poderoso factor patógeno en nuestra civilización.

5.1. ANTECEDENTES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

La psicología adquiere carácter de ciencia independiente en el siglo XIX, y es también alrededor de esta época que comienzan a surgir los primeros conceptos

¹ BLEGER, J. (1972) *Psicología e Institucional*. Ed. Pléides, Buenos Aires, p. 27



sociológicos y sociopsicológicos (burguesía, proletarios, cooperativas, sindicatos, etc.), lo cual explica por qué es precisamente en ese siglo que la sociedad capitalista alcanza su apogeo y la fase imperialista se inicia: el proletariado se convierte en un fenómeno masivo. Se agudizan los antagonismos entre los individuos implicados en el proceso de producción, se hace evidente la lucha de contrarios y aumenta cada vez más la enajenación y la alienación de la naturaleza humana de los explotados.²

Desde el punto de vista histórico, dentro de la psicología, la preocupación por el bienestar de la gente ha sido provincia de la psicología clínica. Sólo cuando las prácticas de la psicología clínica empezaron a considerarse insuficientes ante los problemas que había (situaciones de pobreza y enfermedad a consecuencia de las Guerras Mundiales), otros campos subalternos, como el de la salud mental comunitaria y el de la psicología comunitaria, empezaron a adquirir importancia.³

Zax y Specter⁴ mencionan a los siguientes autores precursores de la psicología comunitaria:

Hersh fijó la fecha del nacimiento de la psicología comunitaria en mayo de 1965. En el transcurso de ese mes, un grupo de psicólogos empeñados activamente en desarrollar los programas de salud mental de la comunidad se reunió en Boston, en el Centro de Salud Mental de la comunidad South Shore de Quincy, Massachusetts, para considerar la instrucción de los psicólogos para el trabajo en la salud mental de la comunidad. Al discutir el papel del psicólogo de la comunidad, los participantes de la conferencia de Boston estaban definiendo inevitablemente el área de la psicología comunitaria. Caracterizaron a los psicólogos de la comunidad como: agentes de cambio, analistas de los sistemas sociales, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudiosos en general del hombre entero en relación con la totalidad de sus ambientes.

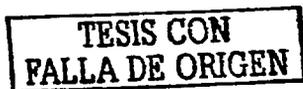
Bennett y colaboradores (1966) señalan que muchos de los participantes se pronunciaron a favor de ampliar el papel del psicólogo de la comunidad por medio de que éste fuera más allá de dar consulta para convertirse en un activista político que asumiera los poderes de la toma de decisión. Al psicólogo de la comunidad se le apremió incluso a hacer uso de su preparación científica para crear conocimiento y promover los programas, con lo que funcionaría por consiguiente como un "conceptualizador participante".

De acuerdo a Zax y Specter, la conferencia de Boston generó mucha reflexión acerca de la psicología de la comunidad y estimuló el establecimiento de una división de la psicología de la comunidad dentro de la Asociación Psicológica Americana y la creación de varios programas universitarios de entrenamiento. No obstante, si bien la conferencia de Boston marcó el nacimiento de la psicología

² CORDOBA, A. (1976). *Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social*. Ed. La Habana Científico-Técnicas, Cuba. P. 123

³ FELDMAN, P., ORFORD, J. (1965). *Prevención y Solución de Problemas Psicológicos Aplicando la Psicología Social*. Ed. Linnus. México, p. 406

⁴ ZAX, M., SPECTER, G. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. Ed. El Manual Moderno, S.A. México, p. 1



comunitaria, estos autores mencionan que varias exposiciones y declaraciones anteriores acerca del papel del psicólogo en el campo de la salud mental deben ser reconocidas como contribuyentes a su concepción.

Sanford (1958), habló elocuentemente a favor de que el psicólogo desempeñara un papel más pleno en el movimiento de la salud mental, y apremió para que el psicólogo renunciara a su exclusiva concentración en los problemas clínicos a favor de los nuevos enfoques para tratar no sólo a los enfermos o los atribulados, sino también a aquellos que manifiestan problemas menos obvios.

Gelfand y Kelly (1960) agregaron a las recomendaciones de Sanford que además de asumir los nuevos papeles de la comunidad fuera de las clínicas y los hospitales, los psicólogos necesitaban hacer actuar su pericia científica sobre el problema de desarrollar una orientación hacia la salud. Esta pericia, creían estos autores, representa la aportación verdaderamente única que la psicología puede traer al campo naciente de la psicología comunitaria.

Jones y Levine (1963) afirmaron asimismo la necesidad de rechazar un modelo de enfermedad o de afección a favor de una mayor preocupación por promover la conducta saludable o el funcionamiento óptimo.

Rieff habló en 1968 apasionadamente de una necesidad del psicólogo de la comunidad de desarrollar una nueva perspectiva conceptual que le permitiera al profesional intervenir en el sistema social de algún conjunto de individuos que necesitaran asistencia.

Todos estos autores parecen coincidir en sus declaraciones hechas directa e indirectamente acerca de la psicología comunitaria. Parece haber relativamente poca variabilidad en cuanto a la dirección que el campo debería tomar. Cada autor pide una renuncia al interés exclusivo por el mentalmente enfermo. Cada uno insiste en que la psicología debería desarrollar un mayor interés por la adaptación saludable de grandes masas de individuos, de los que sólo algunos tienen la probabilidad de volverse pacientes mentales.

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

5.1.2. DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Videla⁵ señala que la participación en las formas de cuidado de la salud es la base de la propuesta para una psicología comunitaria, y la define de la siguiente manera: "La psicología comunitaria es un planteamiento de los problemas de la conducta humana que hace hincapié en las aportaciones hechas al desarrollo de

⁵ VIDELA, M. (1991). *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Ed. Chco. Buenos Aires. p. 20

estos problemas por las fuerzas ambientales, así como en las aportaciones potenciales a hacer para su alivio mediante la utilización de estas fuerzas". Tal definición comprende el estudio de los individuos en las situaciones sociales naturales.

Rappaport⁶ opina que es más útil hablar de la psicología comunitaria en términos de una perspectiva, que tratar de obtener una definición formal. Los principales aspectos de esta perspectiva son la relatividad cultural, la diversidad y la ecología (correspondencia entre personas y ambientes).

Esta perspectiva tiene varias implicaciones: Primero, los psicólogos comunitarios no deben preocuparse de manera exclusiva por ambientes o individuos inadecuados. Más bien, deben dirigir su atención a la correspondencia entre ambientes y personas, que puede ser buena o no. Segundo, los psicólogos comunitarios deben destacar la creación de alternativas a través de la identificación y desarrollo de los recursos y fortalezas de personas y comunidades. Así, el foco de atención se sitúa en la acción dirigida hacia las capacidades de las personas y ambientes, más que hacia sus deficiencias. Tercero, los recursos sociales no deben distribuirse en función de una pauta de capacidades. El psicólogo comunitario no se identifica con una sola norma o valor social, sino que, en lugar de ello, busca la promoción del respeto y la tolerancia a la diversidad.

Cowen⁷ también opina que la psicología comunitaria no es un campo que remarque una enfermedad individual o un modelo individual de tratamiento, sino que su atención se coloca más en el aspecto preventivo que en el curativo. Lo que es más, se alienta a individuos y a organizaciones comunitarias a que asuman el control de sus problemas y los dominen a través de la habilitación, de modo que no sea necesaria la intervención profesional tradicional, en la que los pacientes jugaban un papel pasivo ante la enfermedad mental.

Para Zax y Specter⁸, la psicología comunitaria es un enfoque de salud mental que acentúa el papel de las fuerzas ambientales en la creación y alivio de los problemas.

Estos autores extraen un común denominador, que corre a través de las muchas concepciones empleadas para caracterizar este campo, para dar una definición operante de la psicología comunitaria: "es considerada como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca las contribuciones hechas a su desarrollo por las fuerzas ambientales, así como las contribuciones potenciales por hacer con miras a su alivio mediante la utilización de estas fuerzas".

⁶ Citado en FERNÁNDEZ, L. (1994), *Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. Siglo XXI. España y México*, p. 52

⁷ Citado en FELDMAN, P., ORFORD, J. OP. CIT. PP.399-406

⁸ Op. cit. p. 26



5.1.3 ENFOQUES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

De acuerdo a Zax y Spector⁹, los enfoques de la comunidad representan una desviación revolucionaria dentro de todos los campos de la salud mental. Las nuevas concepciones que estos enfoques han creado, por lo que concierne a la forma en que debería brindarse el servicio, quién debería ser el recipiente de tales servicios, quién debe proporcionarlos y dónde pueden ser brindados con mayor provecho, ha sido fuente de interés, excitación, alteración y amenaza.

Al respecto Szasz¹⁰ ha criticado la validez y utilidad del modelo médico del padecimiento mental. Señala que en el trabajo con los pacientes individuales, la noción de enfermedad o padecimiento mental es engañosa y dañina. Se considera a la enfermedad como una desviación de cierta norma. Afirma que, puesto que la salud física ideal puede ser descrita por índices fisiológicos y anatómicos, la enfermedad física puede ser reconocida fácilmente como una desviación de este ideal. La evaluación de la enfermedad mental, sin embargo, no es tan directa. Las normas de las que se desvían los mentalmente enfermos son psicosociales, éticas y legales. El apego a un modelo de padecimiento obliga al profesionalista de la salud mental a buscar remedios médicos, presuntamente libres de valores éticos. Así, existe una contradicción básica entre la forma en que es definida la perturbación conductual y la forma en que tratamos de aliviarla. Esto permite a las personas eludir el encaramiento de sus problemas, ya que pueden culpar de sus fracasos a su enfermedad mental.

Este autor arguye que muchos trabajadores de la salud mental preparados médicamente, están, de hecho, confiados en las bases biológicas de muchas alteraciones de la conducta. Aún cuando el terapeuta acepte la causa puramente psicológica, el paciente está predispuesto a presentarse ante el practicante de la salud mental con el mismo espíritu pasivo que adopta cuando acude con un practicante médico.

La orientación pasiva impuesta al profesional de la salud mental por el modelo médico tiene sus propios serios inconvenientes. Éste limita el papel de aquél al de un "contragolpeador" respecto de la perturbación conductual. Si uno se atiene literalmente a la noción, como parecen hacer muchos en la psiquiatría comunitaria, de que la función exclusiva de uno es atender a los individuos afectados que le busquen, el practicante está en posición de poder reaccionar solamente después de que un problema ha surgido.

Consecuentemente, para el psicólogo de la comunidad que desea montar programas preventivos es perjudicial operar con los límites impuestos por el modelo médico. Éste predispone a las personas a actitudes que interfieren con su posibilidad de valerse óptimamente de estos servicios. El papel pasivo impuesto al

⁹ Op. cit. p. 27

¹⁰ SZASZ, T. (1968). *El Mito de la Enfermedad Mental*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. Pp. 54-56.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

profesional por el modelo médico le ataría de manos con respecto a tomar pasos activos para frenar el desarrollo de la perturbación de la conducta, aún cuando pudieran identificarse muchas de las condiciones para producirla.

Mientras que el modelo médico ofrece un ejemplo de entrega al servicio que puede ser adoptado con pocas alteraciones por los profesionales de la salud mental, el modelo de la salud pública en la medicina requiere muchas modificaciones antes de que pueda aplicársele en el campo de la salud mental.

Al respecto Szasz¹¹ agrega que hay algunas diferencias entre como se puede aplicar el método de la salud pública o preventivo en la medicina y en la salud mental. Estas diferencias surgen de las actitudes mantenidas por el público en general hacia el padecimiento físico y la perturbación mental. La mayoría de las personas requieren poco convencimiento de que son vulnerables a la viruela y a la hepatitis, y cooperan de buen grado con los programas preventivos de vacunación o de mejoras sanitarias. Por otra parte, pocos pueden admitir su vulnerabilidad a la perturbación mental grave, y menos todavía son los que consideran que conductas como la irresponsabilidad, el alcoholismo, el fracaso escolar, los hábitos de trabajo indignos de confianza y otras por el estilo, conllevan factores mentales o emocionales. De modo que para montar programas preventivos, el profesional de la salud mental tiene que poseer una clase especial de habilidad que acaso sea más característica del político de campaña o del reformador social que de alguien educado en las tradiciones de la práctica de oficina u hospital alejada del campo de la comunidad.

Welsh¹² menciona que los distintos enfoques que la psicología ha desarrollado para su intervención en las comunidades tiene que ver con la historia, tanto de la propia psicología como de los acontecimientos sociales, políticos y económicos a nivel mundial.

Durante principios del siglo XX se perciben acontecimientos sociales en el mundo que dan pauta al trabajo comunitario. En la década de los 30's, cuando el imperio británico se encontraba en decadencia debido a la II Guerra Mundial, se generaron programas de asistencia social, los cuales aparecen como unos de los primeros programas para el desarrollo comunitario.

Es después de la II Guerra Mundial cuando se percibe la necesidad de crear medios por los cuales las poblaciones afectadas por las guerras, pudiesen recibir los servicios que necesitaban. Los modelos de desarrollo del Primer Mundo eran la meta a alcanzar en los países que clasificaron como "tercermundistas, subdesarrollados o en vías de desarrollo". El desarrollo industrial era el camino a seguir para estos países, quienes eran fuente de bienes agrícolas de materias primas y de mano de obra barata, mientras que los países "desarrollados" eran fundamentalmente industriales.

¹¹ Op. cit. p. 55

¹² WELSH, A. (1994), *Aportes de las CEB's a las Comunidades Marginadas. Experiencia de Psicología Comunitaria*. Tesis, Facultad de Psicología. UNAM. México.p.1



La inquietud por sacar de la situación de pobreza y enfermedad a los países tercermundistas, se dio a nivel mundial, por lo que a finales de la década de los 50's, organismos internacionales financiaron programas de desarrollo (principalmente en las áreas de la salud, educación, vivienda y agronomía), generándose un movimiento a nivel mundial llamado "economía planificada".

En la política interamericana de "Alianza para el Progreso" sustentada por el Presidente Kennedy de los Estados Unidos, para rehabilitar a los países subdesarrollados de la América Latina, México ha desempeñado un papel significativo como defensor de los derechos de los pueblos a su autodeterminación política y a la no intervención del exterior en su política interna, sin menoscabo de la alianza y ayuda mutua que deben prestarse las naciones americanas contra todo peligro extranjero.

En México, durante el gobierno del Lic. López Mateos (1958-1964), se prestó particular atención a un extenso programa de justicia social, que va desde las reformas al derecho laboral y la concesión de mayores prestaciones a los maestros, empleados federales y al ejército; hasta la construcción de centros asistenciales, hospitales, clínicas, laboratorios y campos deportivos, viviendas populares y numerosas obras de saneamiento y embellecimiento de las principales ciudades de la República, particularmente de la Capital¹³.

En Estados Unidos, durante el gobierno de Kennedy en la década de los 60's, se enfatizó el apoyo al desarrollo de las comunidades marginadas rurales y urbanas. En 1963 se realizan estudios sobre las causas de las enfermedades mentales en relación a la situación de pobreza y alienación social. Un gran auge y atención a la temática de la comunidad dio lugar al desarrollo de movimientos sociales para la defensa de los derechos humanos para todo ciudadano. Se realizaron programas sociales en busca del cambio en las actitudes hacia las personas más necesitadas, en donde el papel de los psicólogos sociales era muy importante, y programas relacionados a la prevención y enfermedad mental, en donde tomaban parte psicólogos clínicos.

De este modo, la psicología comunitaria surge en Norteamérica, como una orientación de la psicología clínica a la salud mental comunitaria.

En la segunda conferencia de la División de Psicología Comunitaria de la Asociación Psicológica Americana llevada a cabo en Austin, en 1971, se observó que existían diferentes variantes del trabajo de los psicólogos comunitarios. Las acciones en las comunidades se realizaron en distintas perspectivas. Se identificaron a los psicólogos que trabajan en los programas sociales y a los psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de salud mental como psicólogos comunitarios. A partir del reconocimiento de éstos, se generó el interés de considerar tanto el aspecto del individuo como el de las estructuras sociales. Al

¹³ MIRANDA, A. (1964). *La Evolución de México*. Ed. Numancia, S.A. México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuo como agente actor de la vida comunitaria (como objeto de acción) y la comunidad como un conjunto de ambientes o escenarios en donde ocurre la conducta del individuo (como un medio de acción de los cambios provocados por la experiencia del individuo). Se enfatizó entonces en el proceso de la comunidad y en la interacción individuo comunidad, así como del individuo como tal.¹²

Phillip A. Mann¹⁴ describe cuatro modelos psicológicos que se ocupan en los procesos de la comunidad en donde aquellos que trabajan en estos modelos, se identifican a sí mismos como psicólogos comunitarios. Estos modelos son:

1. El modelo de salud mental
2. El modelo organizacional
3. El modelo ecológico
4. El modelo de acción social

Estos modelos son parte de esta psicología comunitaria desarrollada en Estados Unidos y han tenido influencia para programas desarrollados en otros países. Se puede decir que tienen relación con una psicología en busca de la atención y prevención en salud mental, y se derivan como respuesta de la psicología clínica a las necesidades de la comunidad.

1. EL MODELO DE SALUD MENTAL

La psicología comunitaria en Estados Unidos se dedica a llevar a las comunidades un servicio de salud mental, realizando programas asistenciales para los problemas de este tipo en una comunidad dada, instalando sus consultorios en éstas y realizando principalmente servicios de prevención y atención.

El modelo de salud mental surgió en un momento histórico en donde la problemática de la enfermedad mental era una preocupación, por lo que se extendieron servicios a la población, principalmente para la prevención, su objetivo era brindar servicios de impacto para la salud mental y sus problemáticas, mediante estrategias para influenciar la conducta humana a través de los Centros de Salud Mental. La comunidad se definió como la población atendida, se pretendía que fuera de gran cobertura abarcando una población de 75 000 a 200 000 personas.

Sus intervenciones en la comunidad se han enfocado a la intervención en crisis del desarrollo humano, trastornos emocionales y consulta de salud mental. Las investigaciones realizadas se centran en estudios epidemiológicos, estudios longitudinales en áreas de la educación y causas sociales, stress, depresión, etc.

¹⁴ MANN, P. (1978). *Psicología Comunitaria*. Ed. The Free Press. Nueva York, E.U.A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los 90's la Psicología Comunitaria se ha enfocado a estudios referidos a: familia, educación, drogadicción, alcoholismo, stress, depresión y la falta de hogar. Las poblaciones estudiadas son los niños, los adolescentes, la mujer y los ancianos.

La Psicología Comunitaria de la Salud Mental ha sabido atender necesidades inmediatas de las comunidades, y aunque se ha enfocado solamente en los procesos individuales y de interrelación personal, a lo largo de su historia se ha cuestionado su quehacer en los programas sociales.

Respecto a lo que se ha hecho en México, podemos mencionar el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Universidad Nacional Autónoma de México:

El Centro fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 con la tarea de proporcionar tratamiento, desarrollar programas de entrenamiento práctico supervisado a estudiantes de maestría y doctorado, y realizar proyectos de investigación. Las terapias se ofrecían a los estudiantes, a sus parejas y familias.

Actualmente los objetivos del Centro son:

- Apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
- Fortalecer la producción científica y la investigación de escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.
- Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional en foros científicos y en la comunidad.

En el 2002 se proporcionaron los siguientes tipos de terapia: individual, grupal, familiar y de pareja, medicina, adicciones, trastornos alimenticios, autoestima y asertividad, pentajes, y muchos otros más.¹⁵

2. EL MODELO ORGANIZACIONAL

Los precursores fueron un grupo de psicólogos y educadores que en 1946 en el New Britain Teachers College comenzaron a formar grupos de discusión como proceso educativo sobre las relaciones sociales y comunitarias.

La aproximación de este modelo organizacional tomó una concepción muy particular del grupo de trabajo que definió a los problemas organizacionales como

¹⁵ Información proporcionada por el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", Facultad de Psicología, UNAM, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problemas humanos, más que como problemas de ingeniería, y que necesitaban de soluciones humanas en oposición a soluciones burocráticas o estructurales.

Aportó entonces valores a favor de la participación, de la redistribución del poder en las organizaciones y del crecimiento personal en la promoción de la comunicación. Se enfocó en el proceso de cambio como un proceso continuo, aportando también un método para el cambio basado en la experiencia del aprendizaje.

Este modelo pasó a las instituciones sociales y se hizo parte de la psicología comunitaria como una forma de llevar a cabo reflexiones sobre la realidad de la comunidad a la que se atendía; asumiendo a la comunidad como un conjunto de organizaciones de grupos en donde la importancia de las transacciones de la comunidad son conducidas. Más que un conjunto de acciones individuales, las organizaciones más importantes de una comunidad imponen sus normas y valores que predominan en la comunidad y por las cuales es regulada la conducta de los individuos.

3. EL MODELO ECOLÓGICO

Este modelo se basa en el estudio de escenarios conductuales en la relación entre el ambiente y la conducta. Ha realizado sus principales intervenciones en la evaluación de escenarios ambientales para identificar los problemas de éste y generar alternativas de intervención para solucionarlos.

Los escenarios en donde se ha enfocado son las universidades y los centros de salud mental. También se ha utilizado para la planeación urbana y regional.

Barbara Dohrenwend¹⁶ en su modelo de Psicología Comunitaria introdujo la noción de stress o tensión social, la cual se refiere a que la vida genera tensión, ya que produce cambios y exigencias mayores, y éstos son más amenazadores cuando no son deseados por el individuo. Los cambios pueden ser el ambiente o propios de la persona, y pueden producir respuestas fisiológicas transitorias que limitan al individuo. Por lo que la Psicología Comunitaria tiene como objetivo, la producción de estrategias para reducir la tasa de psicopatología en la comunidad.

4. MODELO DE ACCIÓN SOCIAL

Robert Reiff¹⁷ fue uno de los precursores de este modelo. Tomó en cuenta factores de la sociedad para la psicología de la conducta humana, lo que no

¹⁶ WELSH, A. Op. Cit. Pp. 11-12

¹⁷ WELSH, A. Op. cit. P. 13



hacían las corrientes tradicionales, y se interesó en cómo los sistemas sociales afectan a las reacciones psicológicas del individuo.

Sus principales intervenciones se realizan en escenarios de las universidades y centros de salud mental, así como en los programas de acción comunitaria en la participación y control comunitario. Principalmente generó empleos y se desarrollaron programas de capacitación para personas no profesionales. Los miembros de la población marginada se emplearon como trabajadores de los mismos programas y en la organización para controlar las acciones del programa.

Por otra parte, Feldman y Orford¹⁸ citan a varios autores que presentan alternativas de psicología comunitaria basadas en el medio comunitario. Estos enfoques se proponen lograr la salud y la competencia, más que afrontar problemas ya manifiestos:

ENFOQUE SOCIAL

Al hacer un análisis de sistemas sociales y el cambio, los autores declaran que el campo de la salud mental lentamente va abandonando la opinión antes sacrosanta de que la mayoría de los problemas psicológicos tenían raíces psicodinámicas: Las claras vinculaciones entre pobreza, desesperanza, falta de oportunidad y problemas psicológicos ponen de relieve las importantes relaciones que existen entre los sistemas sociales y el comportamiento en salud mental. Al respecto, Smith y col. (1978) opinan que los ambientes sociales, lejos de ser neutrales, o bien facilitan o impiden el desarrollo de la gente. Los enfoques que tratan de crear salud han de entender y apoyar todo lo referente al sistema social.

ENFOQUE EDUCATIVO

Muchos observadores consideran a la educación como el instrumento más poderoso de la prevención primaria. Cowen (1977) menciona que adquirir capacidades adaptativas, ya desde un principio, puede ser la mejor defensa posible contra el desajuste.

Hasta ahora se han recopilado numerosas pruebas que manifiestan que para diferenciar entre la gente adaptada y la desadaptada, de diversa edad, se ha de atender a toda una familia de capacidades cognoscitivas para la resolución de problemas interpersonales, por ejemplo, sentir los problemas, generar otras soluciones y evaluar las consecuencias de tales soluciones. Tales capacidades cognoscitivas de resolución de problemas intervienen en el ajuste, opinión que ha fomentado el desarrollo de programas complejos de entrenamiento para enseñar esas capacidades a niños y grupos clínicamente vulnerables. (Spivack y Shure, 1974)

¹⁸ Op. Cit. P. 417-419

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las capacidades cognoscitivas para resolver problemas no son necesariamente las únicas que se relacionan de una manera significativa con un buen ajuste. Ojemann (1961) dice que hay pruebas de que existen otras capacidades concretas, como el plantearse metas realistas, planificar, tomar decisiones, mostrar curiosidad, seguridad en sí, ponerse en la situación de otro, que también diferencian entre la gente ajustada y la desajustada. Por tanto, capacitar a la gente en esas cualidades también puede irradiarse de manera positiva al ajuste.

Muchos han sido los programas genéricos y de base comunitaria de carácter educativo, que se han emprendido teniendo como propósito metas de prevención primaria (Prevention Task Panel Report, 1978). Ejemplos de ello son los programas de preparación de los futuros padres, antes e inmediatamente después de serlo; los que se enfocan con contenidos ajustados a la edad a medida que los niños crecen; y los programas educativos directos, para niños y jóvenes, donde se insiste en temas como las relaciones interpersonales, la educación sexual y la educación para el matrimonio y para ser padres. En México se llevan a cabo programas de "Escuela para Padres y Maestros" por parte de la Secretaría de Educación Pública y la Universidad Nacional Autónoma de México.

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

Las dos tácticas principales de la prevención primaria son crear salud y reducir las fuentes de tensión. Existen relaciones íntimas entre las tensiones ambientales de la vida y el desajuste psicológico. Dohrenwend (1974) manifiesta que hay fuertes asociaciones, por ejemplo, entre las rupturas matrimoniales y prácticamente todas las formas de psicopatología. Partiendo de muchos estudios examinados, avenguaron que los adultos divorciados o separados se encontraban desproporcionadamente representados en todas las medidas dependientes de los trastornos emocionales y de trastornos mentales profundos, lo que les llevó a la conclusión de que la ruptura matrimonial es una tensión fundamental en la vida, con efectos a largo plazo que pueden ser debilitantes.

Los enfoques epidemiológicos son elementos primordiales para establecer tales relaciones, basadas en un modelo que se diferencia cualitativamente de los enfoques en salud mental. En primer lugar, se identifican cuáles son aquellas experiencias de la vida que han producido efectos adversos en buen número de personas; luego se localiza a gente que ha sufrido tales experiencias y se comparan sus historiales subsiguientes de salud y enfermedad, con los que no han sufrido esos percances. Tales pasos epidemiológico-descriptivos conducen a la evaluación de programas diseñados para reducir la ocurrencia de sucesos que causan stress y ayudar a que la gente se enfrente a ellos con eficacia. El éxito de los programas se puede medir por las ganancias en el ajuste, o bien atajando lo que de otra manera podría ser una pérdida colosal de la salud mental.

Las crisis específicas, como las debidas a fallecimiento de seres queridos, pérdida del trabajo, nacimiento de un niño y hospitalización para someterse a

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cirugía, son coyunturas críticas de la vida, que conducen o bien a adversidades serias o bien a su consolidación y solución, según sea su tratamiento. Las crisis, por definición (Caplan, 1964), son períodos relativamente breves de agudo trastorno. Durante tales periodos, la gente siente seria incomodidad, preocupación, trastorno emocional, confusión respecto a dónde volverse o qué hacer y un sentido subjetivo de duda. Las experiencias durante la crisis producen un impacto desproporcionado, para bien o en mal, sobre su futuro bienestar. Algunos estudiosos (Caplan, 1964; Bloom, 1967; Goldston, 1977) consideran que el manejo constructivo de las situaciones críticas, que causan stress, se encuentran en el centro nervioso de la prevención primaria en salud mental.¹⁹

REDES DE AYUDA COMUNITARIA Y SISTEMAS DE APOYO

Los sistemas de apoyo a la comunidad están constituidos por: familia, amigos y vecinos; grupos comunitarios organizados como iglesias, escuelas, sindicatos, clubes cíviles, organizaciones de voluntarios; grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos y programas viuda a viuda; programas de voluntarios, como abuelos adoptivos.

Feldman y Orford²⁰ opinan que la gente suele buscar con preferencia la ayuda procedente de gente que se encuentra en sistemas menos formales y estigmatizados, mucho antes de entrar al sistema de salud mental formal. Además, incluso antes, hay mucha gente que tiene a su alcance, en su vida cotidiana, salidas espontáneas de ayuda, por ejemplo, miembros de su familia, amigos, vecinos, colegas a los que pueden recurrir cuando se encuentran en algún aprieto. Además, en todas las comunidades hay gente a la que, por su comprensión y empatía, o por los papeles sociales que desempeña (por ejemplo sacerdotes, maestros, etc.) se recurre en las zozobras personales y por lo mismo ejercen influencia importante en el bienestar de la gente. En algunos sectores de la sociedad, por ejemplo, en el caso de los pobres, esos "vecinos naturales", como Collins y Panoost (1976) los llaman, pueden llegar a ser las únicas fuentes disponibles de ayuda.

LA INTEGRACIÓN SOCIAL

Para la prevención o la mitigación de los problemas sociales la gente necesita de los demás. Feldman y Orford mencionan que el meollo de muchas dificultades psicológicas está constituido por dificultades en el funcionamiento social. El diseño ambiental fomenta o disuade de la interacción frecuente y acogedora entre la gente. Esto conlleva apego y responsabilidades, las que, a su vez, contribuyen a la prevención o solución de muchos problemas psicológicos. El aislamiento social es uno de los problemas más comunes que se encuentran entre los pacientes de los programas de capacitación sobre habilidades sociales.

¹⁹ FELDMAN, P., ORFORD, J. Op. CR. Pp. 419-470
²⁰ Op. CR. p. 471

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, según estos autores, no toda influencia social contribuye a la salud. El diseño ambiental puede fomentar tipos de interacción que resultan acogedores, sin embargo, en la génesis de los problemas psicológicos se advierte una necesidad insatisfecha de interacciones positivas desde el punto de vista afectivo. Es el ambiente del hogar el que más influye en fomentar en los niños aquellas cualidades que les darán capacidad para enfrentarse a los problemas tanto en la infancia como durante su vida. Si existen discordancias arraigadas, falta de afecto, y mucho rechazo y comportamiento crítico contra los niños, el pronóstico sobre la salud mental posterior es malo.

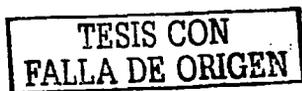
5.1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Sobre el supuesto de que si las fuerzas positivas del ambiente pueden ayudar al enfermo mental a retornar al funcionamiento adecuado, tales fuerzas podrían similarmente impedir en primer lugar que ocurriera el colapso en el funcionamiento, los psicólogos han elaborado programas que llegan a los segmentos de la comunidad en que los planteamientos tradicionales curativos o de alivio son insuficientes.

De acuerdo a Antonio Martín,²¹ el desarrollo de la psicología comunitaria en México en los últimos años ha estado caracterizada por la investigación de modelos alternativos para el trabajo en grupos de escasos recursos, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales. Según este autor, aun cuando no hay una teoría ni una metodología dominantes para la aplicación de la psicología al área comunitaria, existe un acuerdo por estimular la participación de los residentes en conjunto con los psicólogos para identificar las prioridades de la acción comunitaria y las principales formas de ejecución de la planificación. Las limitaciones institucionales al trabajo comunitario han provocado la búsqueda de estrategias alternativas. Martín propone que la intervención y la investigación sean procesos complementarios en el desarrollo de una psicología comunitaria.

Los programas orientados a la prevención de enfermedades mentales han surgido en diversos ámbitos y se han dirigido generalmente a grupos de edad o clases sociales particulares, especialmente a la persona muy joven. Los patrones de conducta inadaptativa entre los jóvenes todavía no están bien arraigados y a los jóvenes un poco mayores se les ve igualmente maleables. Puesto que están sufriendo un rápido cambio de personalidad se cree que las influencias positivas tienen una probabilidad particularmente alta de tener un impacto significativo en sus vidas y para ellos se considera que es sumamente importante la formación de un fundamento para la adaptación futura. Además de esto, los padres, por lo común, tienen grandes intereses en el desarrollo y la maduración futura de sus hijos, y cuando el trabajo con los padres en torno a los problemas incipientes de un niño puede hacerse parecer deseable, la cooperación se consigue en general fácilmente. Por estas razones muchos programas preventivos comienzan con los preescolares y a veces incluso con los lactantes. Por lo general estos programas

²¹ MARTÍN, A. (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Ed. Síntesis Psicológica. España. p. 452



se dirigen a los niños que en su ambiente familiar parecen carecer de la estimulación que los prepare para aprovechar al máximo la experiencia escolar que va a seguir.

Así como el hospital mental ha sido un punto principal de acceso para emplear los conceptos de psicología de la comunidad en provecho de quienes ya han experimentado el fracaso psicosocial, la escuela ha sido la localidad para muchos programas que procuran servir a quienes aún no han sido gravemente dañados por las fuerzas ambientales. La situación escolar ha sido un sitio popular, tanto para los programas de prevención primaria como para los de prevención secundaria. Los programas preventivos primarios se han concentrado en ciertos casos en la atmósfera escolar total con el fin de acrecentar al máximo el desarrollo psicológico adecuado.

Por otra parte, Cowen²² preguntó qué tanto había logrado el movimiento comunitario por encima de los enfoques más tradicionales relativos a la salud mental. La pregunta era si la emoción y la retórica habían enmascarado lo que en realidad era un cambio sustancial muy reducido. Al respecto, Martín cita las afirmaciones de los siguientes autores:

Rappaport afirmó que no existía evidencia real de que las comunidades estadounidenses hubieran mostrado una mejoría en salud mental. Inclusive llegó a sugerir que el mayor logro del movimiento de la salud mental comunitario pudo ser el haber abierto nuevas carreras para personas que antes no eran parte del movimiento.

Iscoe y Harris opinan que aunque la intervención ha sido y es una de las piedras angulares del movimiento comunitario, la pregunta continúa siendo si el campo sabe en realidad lo suficiente sobre las causas de los problemas mentales como para poner en marcha programas preventivos y exitosos a gran escala.

Felner, Dubois y Adan por otro lado, afirman que los informes recientes que evalúan la efectividad de una amplia gama de programas de prevención, nos conducen a un estado de optimismo cauto. Mientras que muchos de los primeros informes concernientes a la eficacia de los programas de prevención fueron decepcionantes, los psicólogos comunitarios pudieron aprender de sus errores e incorporar cambios a sus nuevos programas de intervención. Por ejemplo, se dio cada vez mayor atención a la modificación de los procesos psicológicos subyacentes a diversos trastornos mentales y las intervenciones se diseñaron para ser más intensivas y extenderse a periodos más largos. Con estas modificaciones, los estudios acerca de la prevención de la enfermedad mental, realizados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos demostraron efectividad con lactantes, preescolares, niños en escuela primaria, adolescentes, adultos y ancianos.

²² Citados por MARTÍN, A. Op. cit. p. 452

Algunos esfuerzos preventivos primarios se han concentrado en introducir en el plan de estudios los materiales que tengan un extendido impacto sobre la adaptación de todos los alumnos expuestos a ellos. Un enfoque preventivo primario se propone alterar las técnicas del maestro. Generalmente este enfoque es practicado por los psicólogos conductistas que desean hacer sensible al maestro del papel que desempeña en perpetuar la conducta indeseable y mostrarle cómo, mediante sus propias respuestas, puede dar forma a una conducta deseable. Estos esfuerzos se dirigen por lo general al jovencito, pero se ve que tienen impacto preventivo primario en que la atmósfera mejorada del salón de clases que acompaña su éxito beneficia a todos los estudiantes. En el mismo sentido, los programas preventivos secundarios tienen inevitablemente un impacto preventivo primario.

Llegar a la comunidad más vasta requiere encontrar un lugar que permita el contacto con aquellos a quienes se va a llevar el servicio. El profesional de la salud mental que participa en los programas amplios de la comunidad ha sido remodelado por su experiencia. En este proceso de remodelación muchas cuestiones difíciles tienen todavía que ser resueltas por quienes tratan de crear los programas en la comunidad mayor. Algunas comprenden la cuestión de cómo conquistar la aceptación de aquellos a quienes se va a servir, de establecer un sitio para proporcionar los servicios, de resolver el problema del papel que la acción política desempeñará en tales programas de encarar el asunto de qué ventajas y desventajas posee el profesional para enzarzarse en la lucha política, y de qué papel debe asumir en empresa semejante.

Las críticas a la psicología de la comunidad que vienen de quienes se intimidan ante el alto costo proyectado de los programas preventivos en amplia escala, consisten en una honda preocupación de que los programas preventivos en amplia escala invadan la intimidad personal del individuo y de la falta de una redistribución inmediata en los programas de la comunidad.

Martín²³ opina que entre los profesionales de la salud mental la oposición a la psicología de la comunidad se expresa en un cuestionamiento de la calidad del tratamiento que los enfoques de la psicología de la comunidad pueden proporcionar a las clases sociales descuidadas anteriormente, y en un desacuerdo con el punto de vista teórico de la psicología de la comunidad sobre la etiología de la perturbación de la conducta. Según este autor, bien puede ser que la preocupación de tener que abandonar un bien practicado modo de operar sea la amenaza más seria que sienten los profesionales y, al ser una cosa acerca de la cual es difícil hablar abiertamente, impulse las objeciones ocultas bajo otros términos. En verdad, el movimiento de la psicología de la comunidad es crítico de los servicios tradicionales, así como de los modos tradicionales de la entrega del servicio. Los programas nuevos propuestos sí requieren una revisión de la manera profesional de vivir del trabajador de la salud mental. Esta revisión exige renunciar a mucho de lo que ha sido tradicional en el entrenamiento primero del profesional

²³ MARTIN, A. Op. Cit. P. 453

y emprender un reentrenamiento en un momento en que éste ha establecido un nivel socioeconómico considerable y ha invertido considerable ego en un papel que es honrado todavía por un gran segmento de la sociedad. Aunque los practicantes entrenados tradicionalmente no tienen que quedarse sin usuarios a los cuales tratar y pueden optar por proseguir con sus antiguas funciones sin impedimento, la existencia misma de la psicología de la comunidad y la insatisfacción y la agitación de las cuales ha surgido, imponen inevitablemente una duda molesta y una amenaza de pérdida del nivel socioeconómico al trabajador tradicional de la salud mental.

Al respecto, cabe aclarar que en realidad el trabajo clínico individual no se contradice ni es incompatible con el trabajo comunitario; ambos inciden en la problemática de la salud mental, con recursos y estrategias diferentes.

Martin opina que junto con la oposición afrontada por la psicología de la comunidad en varias partes, uno de los asuntos más graves que tienen que tratarse en el campo es el de cómo se va a entrenar a los profesionales para los nuevos papeles que tienen que asumirse. En la actualidad muchas personas tienen dificultad para comprender con exactitud qué es un psicólogo comunitario. Quizá debido a su orientación multidisciplinaria, la psicología comunitaria tiene todavía que desarrollar un esquema teórico adecuado o identificable aparte del que tienen otras disciplinas. En su opinión, esto, a veces, provoca una confusión de rol. El psicólogo comunitario es en parte sociólogo, en parte científico político, en parte psicoterapeuta, en parte intermediario, pero carece de una identidad específica. Dada esta ambigüedad, se dificulta diseñar programas apropiados de entrenamiento.

Por ese motivo es importante destacar que el papel del psicólogo comunitario es la prevención de las enfermedades mentales, utilizando estrategias psicológicas para responsabilizar a la comunidad del cuidado de su propia salud mental.

La psicología de la comunidad trae al profesional a muchos escenarios en los que no ha operado previamente, al contacto con muchos tipos de personas con las cuales nunca antes lo ha experimentado, espacios y contactos en los que se espera que desempeñe muchas funciones que son nuevas para él. Según Martin, hasta la fecha ha habido relativamente poca concordancia en lo tocante a un programa detallado de entrenamiento. El único punto en que concuerdan la mayoría de los entrenadores es que no deben instituirse modelos rígidos de entrenamiento, sino que tiene que intentarse una variedad de planteamientos diferentes puesto que el campo se halla en una etapa formativa. Por otra parte, es un hecho que nadie puede predecir aún las muchas direcciones que la psicología de la comunidad puede tomar y las muchas habilidades que pueden ser exigidas de sus practicantes.

La psicología de la comunidad es un campo irregular que puede instalarse en una variedad de instituciones sociales, cada una de las cuales tiene su estructura

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

única propia y sus propios problemas especiales. En estas circunstancias, es improbable que cualquier programa pueda tener esperanza de producir un especialista entrenado para operar en cualquier situación de la comunidad. De tal suerte, se espera que los programas futuros de entrenamiento de la psicología de la comunidad capacitarán a los especialistas para que funcionen en las escuelas, los hospitales mentales, los centros de servicio de barrio, las comunidades universitarias, y así por el estilo. La necesidad de crear los programas de entrenamiento en un campo aplicado que en sí no está bien formado es una tarea formidable que enfrenta el psicólogo de la comunidad.

Otra cuestión que encara el psicólogo de la comunidad concierne al papel del no profesional en los programas de la comunidad. Uno de los recursos más importantes de cualquier comunidad para afrontar las circunstancias adversas y para mejorar la suerte de los que sufren, lo constituyen sus propios miembros más fuertes. El llamado "no profesional" ha sido alistado a muchos programas de la comunidad para proveer el factor humano necesario, para servir de modelo adecuado, y para hacer de puente entre el profesional de la clase media y una comunidad a la que éste se encuentra tratando de ayudar, pero a la que no comprende totalmente, con la cual puede tener dificultad para comunicarse y que no confía del todo en él.

El argumento lógico para utilizar a los no profesionales es apremiante, pero llevar realmente a la práctica un programa que implique a los no profesionales, está preñado de una variedad de problemas prácticos. Desarrollar las técnicas para seleccionar y entrenar a los trabajadores es el primero de esos problemas.

Otro problema que tiene que ver con cómo se ha de emplear al no profesional en un programa específico, es el tipo de servicio que ha de prestar. Algunos son restringidos a funciones relativamente sencillas y rutinarias, mientras que otros son trabajadores de primera línea. Frecuentemente, los no profesionales se convierten en peones de una lucha entre los profesionales, los administradores de la agencia, y las agencias que otorgan los fondos.

Otro problema en el empleo de los no profesionales comporta la necesidad de crear relaciones satisfactorias de trabajo entre los profesionales que son amenazados por la presencia de los no profesionales pero que, no obstante, tienen que supervisarlos y aceptarlos como colegas.

Otra clase de problemas se relaciona con la necesidad del no profesional nativo de abandonar un viejo estilo de vida al convertirse en un trabajador del servicio humano. Este nuevo estilo de vida, bien que tiene muchas ventajas, le aísla inevitablemente de la comunidad en que ha estado viviendo. Más todavía, en el nuevo estilo de vida se vuelve consciente de una jerarquía del nivel socioeconómico en su agencia de servicio en la que él se encuentra en el fondo y el profesional en la cima. Esto a menudo mueve a un nuevo conflicto y al gasto de energía considerable para organizar y luchar con el profesional por el nivel socioeconómico. Cada uno de estos problemas agota una energía que podría

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

usarse para llevar a cabo la función primaria del no profesional como trabajador de servicio.

Otra clase mayor de problemas para el psicólogo de la comunidad acarrea la cuestión de cuál es el papel óptimo de la comunidad en un programa dado. Idealmente la comunidad a la que se sirve debería desempeñar un papel medular en identificar las necesidades a satisfacer, y los medios con los que un programa trata con ellas. Esto aseguraría que segmentos importantes de la comunidad no fueran descuidados, como lo han sido en el pasado, y que los servicios de una agencia fuesen pertinentes a las necesidades de la comunidad. Desafortunadamente, las comunidades son difíciles de definir, sus representantes son difíciles de localizar, sus portavoces no son más libres de los intereses invertidos que cualesquiera otros individuos, y sus hirvientes resentimientos por el prolongado descuido de la sociedad para con ellos a menudo se derrama en formas destructoras contra las mismas agencias que se están afanando honestamente ahora por serles de alguna utilidad.

Muchos de los problemas de la psicología de la comunidad sólo pueden encontrar respuesta en el cuidadoso estudio de la operación de las fuerzas sociales y los medios por los que las comunidades pueden cambiar para afectar a sus miembros más positivamente. Una inversión extensa en la investigación es esencial para el progreso en el campo. Es urgentemente necesaria la investigación básica, en la epidemiología y la ecología para aportar la comprensión de la comunidad necesaria para identificar los objetivos más apropiados del programa, y para ayudar a definir las formas del programa. Para la mayoría de los psicólogos, participar en esta investigación exigirá una nueva clase de entrenamiento e incluso la participación en el desarrollo de nuevos planteamientos de investigación.

En conclusión, la esfera de acción de la psicología de la comunidad se está desarrollando en muchas direcciones al mismo tiempo en respuesta a las necesidades sociales sentidas. Pese a todas las fuerzas enfiladas contra su establecimiento como un método significativo dentro de la esfera de la salud mental, la psicología de la comunidad ha conquistado una posición firme que con toda probabilidad sea permanente. Es alimentada por una idea que les parece "correcta" a muchos individuos pero que había sido lastimosamente descuidada por los psicólogos durante un tiempo sorprendentemente largo. En este momento particular, su desarrollo es alentado también en gran medida por necesidades sociales en extremo importantes que requieren de recursos y estrategias diferentes que complementen a la práctica profesional para satisfacerlas. Sea cual fuere la forma que adopte en el porvenir, la psicología de la comunidad está aquí para permanecer y fortalecer su práctica en aspectos y fundamentos teóricos, así como en sus implicaciones y estrategias metodológicas. Es inevitable que los psicólogos futuros sean modelados en muchos sentidos importantes por su presencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 6

ELEMENTOS GENERALES PARA UNA PROPUESTA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

EJEMPLO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES PARA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS.

JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista de la psicología comunitaria, la prevención involucra tanto al cuidado de la salud mental de las poblaciones como la de los individuos a través del trabajo de campo.

Con la prevención primaria se pretende disminuir la incidencia de trastornos mentales en la comunidad. Para tal efecto, es necesario actuar efectiva y oportunamente mediante la educación a la población para alertarlos acerca de los factores sociales nocivos que puedan originar enfermedades mentales.

Al respecto, Mirta Videla¹ señala que el psicólogo puede actuar sensibilizando a los padres de familia en el sentido de que el desarrollo adecuado de sus hijos depende en gran parte de su habilidad como progenitores para satisfacer las necesidades básicas de éstos, y para brindarles la oportunidad de desarrollarse plenamente en el seno de una familia bien integrada.

Este es uno de los objetivos que se puede alcanzar con un Taller de Prevención de Enfermedades Mentales. Puesto que, como ya se ha mencionado, las influencias tempranas y la educación son factores básicos en el desarrollo de la personalidad del niño. En este contexto, el papel de los padres de familia y de los maestros es fundamental, ya que en la vida familiar y escolar el niño aprende valores, construye su autoestima, recibe estimulación temprana y cognoscitiva, apoyo emocional, adquiere creencias, aprende a tolerar la frustración, y muchas cosas más.²

Al capacitar a padres de familia y maestros, éstos se convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción de la salud, detectando y enfrentando las causas sociales de la enfermedad mental antes de que se presente la problemática afectiva, personal o familiar.

De esta manera, la comunidad adquiere elementos que le permiten actuar directamente en los hechos que afectan su salud, dependiendo menos del profesional o técnico para protegerla.

¹ VIDELA, M. (1991). *Prevención: Intervención Psicológica en Psiquiatría Comunitaria*. Ed. Cinco. Buenos Aires. pp 24 y 56.

² DE LA FUENTE, R. (1997). *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México. p. 40



Al intervenir en situaciones específicas de la comunidad, tales como escuelas a nivel primaria y secundaria, se posibilita el contacto con aquellos que influyen directa e indirectamente en el desarrollo de la personalidad del niño: padres de familia y maestros.

Considerando la influencia que tienen los padres de familia y maestros en la formación de la personalidad del niño, en la prevención de trastornos mentales y el fomento de su salud mental, se presenta este Taller de Prevención de Enfermedades Mentales para padres de familia y maestros, como un ejemplo de lo que un psicólogo es capaz de aportar a la comunidad en materia de prevención.

Esta propuesta también puede contribuir a la sensibilización de los profesionales involucrados con la prevención de las enfermedades mentales (psiquiatras, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) de las aportaciones que la psicología, en particular, la psicología comunitaria, puede proporcionar en este campo.

Respecto al trabajo del psicólogo en la comunidad, es importante recordar que:

- 1.- Las intervenciones de la psicología comunitaria se realizan dentro de un equipo interdisciplinario básico de profesionales de la salud, que forman parte de una institución, y que laboran en un lugar estratégico de la comunidad, por ejemplo, las escuelas, en donde se puede alcanzar a tres sectores importantes de la población: los maestros, los padres de familia y los alumnos.
- 2.- Se utilizan los recursos humanos y materiales existentes en la comunidad, por ejemplo, se pueden aprovechar las aulas, el mobiliario y el equipo de video de las escuelas, y se pueden integrar, al equipo interdisciplinario básico de la institución, estudiantes del área de la salud en servicio social o prácticas profesionales, para formar equipos de trabajo en las escuelas y atender a un mayor número de personas en un menor tiempo.
- 3.- Aunque estos servicios no se cobren, si tienen un costo para el gobierno (salarios del personal de la salud que forman el equipo interdisciplinario básico, material, transporte, combustible, etc.) Sin embargo, el costo por hospitalización y rehabilitación de pacientes psiquiátricos es mucho mayor, para el gobierno y para la familia.
- 4.- Antes de elaborar un Taller, se deben tomar en cuenta las necesidades de la comunidad hacia la cual va dirigido, por ejemplo, se puede pedir a los maestros que informen cuáles son los problemas que se presentan con mayor frecuencia en su escuela. Esto nos permite elegir los temas que van a estructurar el Taller, para que nuestra intervención esté realmente respondiendo a las necesidades de la comunidad.

En este Taller se consideran los siguientes elementos:

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Sensibilizar a padres de familia y maestros para promover su participación en la prevención de las enfermedades mentales.

6.2 ESTRUCTURA:

Los temas que estructuran el Taller son:

1. Salud y enfermedad
2. Manifestaciones de la enfermedad mental en el niño
3. Manifestaciones de la enfermedad mental en el adolescente.
4. El papel de los padres de familia en la prevención de enfermedades mentales.
5. El papel del maestro en la prevención de enfermedades mentales.

6.3 SESIONES:

Se propone impartir este Taller en cinco sesiones de tres horas cada una, haciendo un total de quince horas.

6.4 ACTIVIDADES:

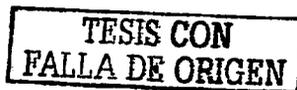
- Lluvia de ideas.
- Preguntas de reflexión y análisis crítico.
- Análisis de videos. Discusión sobre su contenido.
- Presentación, reflexión y discusión de casos reales, en caso de que los participantes quieran compartir sus experiencias.

6.5 SISTEMA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE:

- Trabajar con grupos pequeños, máximo 20 participantes.
- Iniciar con preguntas de reflexión y análisis crítico para propiciar la participación activa de los asistentes.
- Exponer los temas de acuerdo a las características de los participantes.
- Colocar a los participantes en círculo para facilitar el contacto visual y la comunicación.

6.6 MATERIAL:

- Acetatos
- Diapositivas
- Videos
- Hojas blancas
- Lápices
- Fotocopias



6.7 ESCENARIO:

- Escuelas primarias o secundarias.

6.8 BIBLIOGRAFÍA:

AGUILAR, A (2001). Afectividad en la Escuela Primaria. Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, México.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Ed. Masson. Barcelona.

BALDWIN, A (1967). Comportamiento y Desarrollo en la Niñez. Holt, Rinehart & Winston, New York.

CAPLAN, G. (1964). Principios de Psiquiatría Preventiva. Basic Books, New York.

COON, D. (2001). Fundamentos de Psicología. 8ª. Edición, Internacional Thomson Editores, S.A., de C.V., México.

DE LA FUENTE, R. (1997). Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, México.

DELVAL, J. (1994). El Desarrollo Humano. Siglo XXI Editores, Madrid, España.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (2001). La Salud Mental en el Niño. Tríptico, IMP México (material de distribución restringida).

INTERNET <http://www.ssa.gob>

KAUFMAN, G. y RAPHAEL, L. (1998). Cómo hablar de autoestima a los niños. Editorial Selector, México.

MORRIS, C. (1992) Psicología. Un nuevo enfoque. 7ª. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana, S. A., México.

OWENS, G.(1993) El desarrollo de la autoestima interna de tu hijo. Ed. Plenum Press, New York.

POSTEL, J. y QUÉTEL, C. (1987). Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México.

RAMÍREZ, H. (2001). Taller Lúdico Vivencial para Facilitadores del Proceso de Enseñanza Aprendizaje. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México.



SAN MARTÍN, H. (1982). Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., 4ª. Edición, México.

WELSH, A. (1994) Aportes de las CEB's a las comunidades marginadas. Experiencias de Psicología Social Comunitaria. Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, México.

ZAX, M. y SPECTER, G. (1979). Introducción a la Psicología de la Comunidad. Ed. El Manual Moderno, S.A., México.

CONTENIDO:

SESIÓN 1. TEMA: SALUD Y ENFERMEDAD

OBJETIVO:

Analizar los conceptos de Salud, Enfermedad y Enfermedad Mental.

SUBTEMAS:

- Salud y Enfermedad
- Enfermedad Mental

ACTIVIDADES:

Inicio de Sesión:

- Saludo y presentación de los asistentes.
- Descripción del taller, objetivos y temas.
- Los asistentes contestarán un cuestionario, para ver que tanto saben de los temas que se impartirán en el taller.

Desarrollo:

- Presentación del tema.

Fin de Sesión:

- Dudas y comentarios
- Conclusión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESARROLLO DEL TEMA:

SALUD Y ENFERMEDAD

Para hablar de salud y enfermedad es importante definir primero qué es lo normal, ya que comúnmente se usa como sinónimo de salud. Lo normal se define en estadística como la media. En biología, es el promedio en un intervalo en el que se admiten variaciones finas alrededor de un promedio característico para una población dada en su ambiente específico, puesto que entre las personas normales hay diferencias como peso, estatura, temperatura, inteligencia, etc.

En el aspecto sociológico, la normalidad aparece como un valor mucho más relativo, ya que en las diferentes sociedades el comportamiento normal corresponde al modelo esperado o impuesto por un tipo de estructura social determinada. Cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal, se producen síntomas no usuales en el ser humano, entonces hablamos de anomalía.

No se puede considerar a la salud o a la enfermedad como algo estático, porque ambas implican ideas de variación y adaptación continuas. El paso de la salud a la enfermedad comienza con un período silencioso de incubación que puede ser muy corto o muy largo.

La primera etapa de la historia de la enfermedad, llamada "período prepatogénico", se caracteriza porque el hombre está aparentemente sano, pero hay en él una variación del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación física, mental o social. Al hacer uso de sus defensas, el organismo puede anular esta acción, o el ambiente puede proporcionarle los recursos necesarios para que no se enferme, en estos casos la enfermedad no sigue su curso. De lo contrario, la enfermedad pasa a una segunda etapa denominada "período patógeno temprano", en la cual el individuo ya ha perdido el equilibrio homeostático y tarde o temprano aparecerán los signos y síntomas característicos de una enfermedad. En la tercera etapa, denominada "período patógeno tardío", el organismo realiza naturalmente fenómenos equilibrantes que lo pueden llevar a recobrar su estado previo no patogénico o que lo llevan a establecer un nuevo nivel de homeostasis en base a las secuelas, incapacidades y minusvalía que la enfermedad haya producido.

CONCEPTO DE SALUD

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como "un estado de bienestar completo (físico, psicológico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez".



CONCEPTO DE ENFERMEDAD

La enfermedad (incluyendo la enfermedad mental) se define como "un estado de desequilibrio biológico, ecológico, o una falla de los mecanismos de adaptación del organismo que producen una perturbación de su fisiología y/o de su anatomía".

CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental es sumamente relativo; sin embargo se pueden hacer observaciones generales. Una persona mentalmente sana o normal es aquella que no padece enfermedades mentales, cuya conducta social es normal en relación a las normas establecidas por la sociedad, cuya adaptación al ambiente es adecuada, cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, cuya percepción del mundo que le rodea y de sí mismo es realista. La salud mental está sujeta a variaciones en las que influyen factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha dado rechazo hacia aquellas personas que presentan una afección mental. Esto se debe a que se consideraba que la enfermedad mental estaba relacionada con espíritus malignos, posesión diabólica o influencias mágicas. En nuestros días se cree que existe una estrecha relación entre el medio ambiente de los seres humanos y el desarrollo de la enfermedad mental, ya que como factor importante que la desencadena se señala la falta de la sociedad en proveer adecuadamente de condiciones esenciales para la preservación de la salud mental de los individuos.³

San Martín⁴ define a la enfermedad mental en sus diferentes grados como "el producto de la reacción de la personalidad ante múltiples factores, por ejemplo, las tensiones del ambiente total, interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el individuo se transforma en un enfermo mental cuando se destruye la estabilidad de la personalidad".

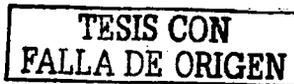
SESIÓN 2. TEMA: MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL NIÑO.

OBJETIVO:

Dar a conocer las principales manifestaciones de la enfermedad mental en el niño.

³ POSTEL, J., QUÉTEL, C. (1987). *Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica. México, pp. 33-38

⁴ SAN MARTÍN, H. (1982). *Salud y Enfermedad*. 4ª. Edición, La Prensa Médica Mexicana. México, p. 7



SUBTEMAS:

- El carácter del niño.
- Las manifestaciones de la enfermedad mental en el niño
- Principales enfermedades mentales en la niñez

ACTIVIDADES:

Inicio de sesión :

- Lluvia de ideas. ¿Cómo es un niño?
- Los participantes mencionarán qué conductas consideran propias de los niños.
- Lluvia de ideas. ¿Cómo se manifiesta la enfermedad mental en los niños?
- Los participantes mencionarán qué conductas se observan en un niño enfermo mental.

Desarrollo:

- Presentación del tema

Fin de sesión:

- Dudas y comentarios
- Conclusiones

DESARROLLO DEL TEMA:

EL CARÁCTER DEL NIÑO

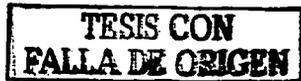
Las diferencias individuales al expresar las emociones se refieren al carácter del niño.

El carácter es la aparente inclinación natural hacia un estilo consistente de respuesta emocional a diferentes situaciones.

De acuerdo con Owens⁵ existen tres categorías de temperamento:

- Los niños fáciles
- Los niños difíciles
- Los niños de ánimo lentificado

⁵ OWENS, G. (1993). *El Desarrollo de la Autoestima Interna de tu hijo*. Ed. Plenum Press. Nueva York.



Los niños fáciles se caracterizan por la predictibilidad y regularidad en su conducta. Casi siempre están de buen humor, reaccionan con poca o media intensidad y comúnmente intentan acercamientos positivos a nuevas situaciones.

Los niños difíciles se caracterizan por el opositorismo. Son volubles e intensos, reaccionan negativamente a las situaciones o gente nueva. Frecuentemente expresan emociones negativas, duermen mal y lloran mucho y fuerte.

Los niños de ánimo lentificado se adaptan lentamente a las nuevas situaciones, son renuentes a participar en actividades y a expresarse, y sus estados de ánimo son variables, casi siempre negativos.

El temperamento de un niño puede ser modificado, hasta cierto punto, como resultado de las experiencias que vive en su medio ambiente.

Un buen ajuste se da cuando las demandas y expectativas del ambiente son consecuentes con las capacidades y características de los niños.

LAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL NIÑO

La mala salud mental en el niño se puede expresar de diversas maneras: un niño puede ser excesivamente inquieto, otro es tímido, excesivamente temeroso o bien se mantiene aislado y distante; otro es caprichoso y exhibe emociones violentas cuando ve frustrados sus deseos e impone así su voluntad a los demás. Algunos niños muestran una hostilidad, una rivalidad o una intolerancia exageradas.

Otros niños tienen lentitud para aprender, dificultades para la lectura y la escritura. La atención puede ser deficiente y este defecto puede acompañarse o no de una constante actividad. El niño que no puede concentrarse y no puede estar quieto, no aprende y molesta a los demás. Sin ayuda, algunos de estos niños desatentos y excesivamente inquietos se convierten en desertores escolares.

Otro problema frecuentemente observado es la falta de control para retener la orina durante el día y la noche (enuresis). En pocos casos este síntoma persiste después de la adolescencia.

Se pensaba que los niños no sufrían depresión, una condición frecuente en los adultos. Sin embargo, el humor de algunos niños se abate en formas persistentes: están tristes, aislados, desganados, se quejan de síntomas diversos y bajan en su rendimiento escolar. Muchos niños reflejan sus problemas en el hogar y en la escuela, quejándose de dolores de cabeza, inapetencia, náuseas, dolores de vientre, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros niños sufren espasmos respiratorios al iniciar el llanto y adquieren el color y la expresión ansiosa de quien se asfixia.

En los niños los trastornos del sueño varían entre la somnolencia diurna y la dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo, es decir insomnio. Las pesadillas o sueños terroríficos se definen por sí mismas. En los terrores nocturnos, el durmiente se incorpora y da muestras de tener visiones aterradoras y cuando despierta no las recuerda. El niño sonámbulo habla, se incorpora, acciona y deambula en forma automática y puede sufrir accidentes. El trastorno puede ser benigno si se le atiende oportunamente.

Rasgos aparentes en la infancia pueden persistir por el resto de la vida.⁶

Estado de ánimo depresivo:

Determinados síntomas de los trastornos depresivos son más frecuentes en los niños que en los adultos, incluyendo enfermedades somáticas, irritabilidad y aislamiento social, mientras que la inhibición psicomotora, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes. Los niños y adolescentes depresivos, al igual que los adultos, pueden presentar ideación suicida.

Ansiedad:

La ansiedad en los niños se puede centrar en el rendimiento en la escuela o en los eventos deportivos, la preocupación excesiva en cuanto a la puntualidad y por los sucesos catastróficos. Los niños con un trastorno de ansiedad pueden también ser conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos. En general son excesivamente celosos en la búsqueda de aprobación y necesitan mucha seguridad.

Ideas delirantes y alucinaciones:

En los niños, las ideas delirantes y las alucinaciones suelen ser menos elaboradas que en los adultos. En diversos trastornos de inicio en la infancia se observa lenguaje desorganizado (por ejemplo Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno de movimientos estereotipados).

Insomnio, somnolencia, acontecimientos durante el sueño:

Las parasomnias (acontecimientos durante el sueño) son frecuentes en la infancia y más habituales que el insomnio o la somnolencia.

Síntomas físicos inespecíficos:

⁶ INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (2002). *La Salud Mental en el Niño*. Triptico IMP, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los síntomas somáticos son frecuentes en los niños y suelen ser secundarios a un trastorno depresivo.

ENFERMEDADES MENTALES EN LA NIÑEZ

Hay criterios que el clínico toma en cuenta al evaluar la enfermedad mental de un niño o adolescente.⁷

SESIÓN 3. TEMA: MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ADOLESCENTE.

OBJETIVO:

Dar a conocer las principales manifestaciones de la enfermedad mental en los adolescentes.

SUBTEMAS:

- El carácter del adolescente.
- Manifestaciones de la enfermedad mental en los adolescentes.
- Las enfermedades mentales en la adolescencia.

ACTIVIDADES:

Inicio de sesión:

- Lluvia de ideas: ¿Cómo es un adolescente?
- Los participantes mencionarán qué conductas son propias de los adolescentes.
- Lluvia de ideas: ¿Cómo es un adolescente con enfermedad mental?
- Los participantes mencionarán qué conductas se observan en un adolescente con enfermedad mental.

Desarrollo:

-Presentación del tema.

Fin de sesión:

- Dudas y comentarios
- Conclusión.

⁷ Ver el capítulo tres de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESARROLLO DEL TEMA:

EL CARÁCTER DEL ADOLESCENTE

En la adolescencia el joven experimenta cambios físicos a los que tiene que habituarse, lo que resulta difícil por la rapidez con la que se producen. Tiene que construir un autoconcepto y una identidad nuevos que incluyan cómo se ven a sí mismos y cómo les ven los demás. Los jóvenes tienen que hacerse un hueco en la sociedad adulta, para lo cual encuentran resistencia de los adultos, que pueden sentirse amenazados por ellos. En su búsqueda de independencia se cambian los lazos con la familia y, muchas veces, se produce un rechazo hacia los padres, aunque los jóvenes siguen siendo muy dependientes. La ruptura de la identificación con los padres se ve compensada por la admiración hacia figuras alejadas que adquieren una dimensión simbólica, o incluso puede haber identificaciones con creencias o ideales de vida más abstractos. Por ello, la amistad adquiere mayor importancia. También se produce el descubrimiento del amor y, eventualmente, de las relaciones sexuales. Como consecuencia de todo ello y, muy determinado por la respuesta social, a veces se producen desajustes y trastornos, que se manifiestan en el consumo de drogas, en la huida de la casa familiar, en embarazos no deseados, o incluso en el suicidio o la muerte por accidente, en casos extremos.

El adolescente se da cuenta de la existencia de la presión social y además empieza a considerarse como actor en ella, preguntándose qué hace ahí y por qué le toca hacer ese papel en una obra que no ha elegido. Eso puede provocar inadaptaciones y rechazos, pues los jóvenes tienen confianza en sus propias posibilidades, pero no son muy sensibles a sus limitaciones, algo que comprenderán como efecto de las resistencias que van a encontrar.⁶

Para el adolescente la imagen corporal puede llegar a ser algo crucial por varias razones: En primer lugar, los cambios no tienen lugar en todos los adolescentes a la vez. Los que maduran lentamente suelen ser más inquietos y necesitan continuamente atraer la atención de los demás. En cambio, los que maduran pronto suelen sentirse más seguros y convertirse en los individuos dominantes del grupo. Es muy frecuente que las chicas quieran perder peso, y eso puede conducir incluso a la anorexia, un trastorno que puede ser muy grave, mientras que bastantes varones, a los que el estirón les da un aspecto larguirucho y desgarrado, quieren aumentar de peso. En segundo lugar, el adolescente presta gran atención a la opinión de los otros y le importa mucho lo que piensen de él y cómo le vean, además tiende a sentirse el centro de las miradas de todos. A muchos les preocupa el acné. En nuestra cultura se exageran estas inquietudes, por la importancia que se atribuye a la imagen corporal y a ser atractivo, sobre lo que se insiste continuamente en los medios de comunicación.

⁶ DELVAL, J. (1984). *El Desarrollo Humano*. Ed. Siglo XXI. Madrid, España. pp. 574-576



Los adolescentes tratan de sintetizar sus experiencias anteriores y se apoyan en el sentimiento de confianza o inseguridad que han adquirido en las distintas etapas de la infancia para alcanzar una identidad personal estable. El haber superado satisfactoriamente las crisis anteriores hace posible abordar la adolescencia con más posibilidades de éxito.⁹

Los individuos que han establecido mejor su identidad están más adaptados a las situaciones sociales, tienen una mayor confianza en ellos mismos y más facilidades para relacionarse con los demás.

Si el joven encuentra poco espacio para desarrollarse y actuar en su entorno, tiene pocas posibilidades de sentirse útil y capaz de hacer cosas, lo que le puede llevar al desprecio de los valores sociales y, vinculado con otros en su misma situación, adoptar conductas antisociales y delictivas, caer en el alcoholismo y la drogadicción.¹⁰

PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

Es frecuente que la familia del enfermo mental no se da cuenta de la importancia de los cambios de personalidad que tiene, es un proceso evolutivo gradual. Sin embargo, en los primeros síntomas destacan: el aislamiento, el adolescente no comparte sentimientos de otros ni le importa la situación en la que vive, sus planes para el futuro son vagos y poco realistas, se siente rechazado y sufre de una intolerable falta de respeto hacia él mismo; la soledad aumenta, ya no confía ni cree en nadie, permanece en su casa, casi no sale de su cuarto, indiferente a lo que pase con su familia. Todo ese deterioro lo proyecta en su forma de trabajar, se siente menospreciado, cree que los demás hablan de él, está incómodo en todas partes, inquieto, taciturno e inaccesible. No es raro que adopte una actitud de superioridad, no le importan las reglas sociales, deja de tomar en cuenta los convencionalismos, le molestan, suele volverse descuidado de su apariencia personal y de su limpieza.

En etapas avanzadas de la enfermedad mental, el adolescente puede presentar intentos suicidas inexplicables, huidas del hogar, ansiedad, autolesiones, dificultades en las relaciones interpersonales y una mala adaptación.¹¹

El adolescente con enfermedad mental puede presentar algunos de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo: Enfermedades somáticas, irritabilidad, aislamiento social, en caso extremo, ideación suicida.

⁹ MORRIS, C. (1992). *Psicología. Un Nuevo Enfoque*, 7ª. Edición. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México, p. 392

¹⁰ DELVAL, J. op. cit. pp. 578 y 584

¹¹ INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (2001). *Esquizofrenia*. Trípico



- **Ansiedad:** Se puede centrar en el rendimiento en la escuela, eventos deportivos, puntualidad. Pueden ser excesivamente conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos. Presentan una constante búsqueda de aprobación y necesitan mucha seguridad.
- **Ideas delirantes o alucinaciones:** La mayoría de los trastornos psicóticos se inician desde los últimos años de la adolescencia hasta mediados de los 30, pero también se observan en edades más jóvenes.
- **Pérdida de peso, atracones:** La anorexia nerviosa y la bulimia pueden iniciar al principio de la adolescencia, entre los 9 y 18 años. También pueden presentar una preocupación excesiva por algún defecto del aspecto físico.
- **Problemas relacionados con las sustancias:** Las personas con edades entre los 18 y 21 años tienen tasas de prevalencia relativamente altas de consumo de sustancias, incluyendo el alcohol. En el caso de las sustancias de abuso, la intoxicación por sustancias suele ser el primer trastorno relacionado con sustancias y se inicia en la adolescencia. Cuando un trastorno relacionado con sustancias se inicia en la adolescencia temprana, se suele asociar a un trastorno disocial y el sujeto suele abandonar la escuela. Debido a su bajo costo y fácil disponibilidad, los inhalantes suelen ser las primeras sustancias de experimentación para los jóvenes, siendo mayor su incidencia entre los que viven en áreas con limitaciones económicas. El consumo de inhalantes se inicia entre los 9 y 12 años, y parece tener un máximo en la adolescencia. La cannabis se encuentra entre las primeras sustancias de experimentación en la adolescencia.

ENFERMEDADES MENTALES QUE SE PRESENTAN EN LA ADOLESCENCIA

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

Presentar durante por lo menos dos semanas consecutivas una de las dos siguientes condiciones y en ocasiones ambas:

- Pérdida de interés o gusto en las cosas que solían ser agradables.
- Sentimientos de tristeza, abatimiento o desánimo.

Además presentar por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Lentitud para moverse o pensar, o bien inquietud e incapacidad para estar tranquilo sin moverse.
- Sentimientos de devaluación o culpa.
- Aumento o bien disminución del apetito y del peso corporal.
- Ideas de muerte o de suicidio.
- Problemas para pensar, concentrarse, recordar o para tomar decisiones.
- Dificultad para conciliar el sueño o bien tener sueño en exceso.
- Disminución de la energía o sensación continua de cansancio.



Es frecuente que además se presenten otras manifestaciones como:

- Dolores de cabeza.
- Dolores musculares o en las articulaciones.
- Problemas digestivos.
- Problemas sexuales.
- Sentimientos de pesimismo o de desesperanza.
- Angustia o preocupación excesiva.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR O TRASTORNO MANÍACO DEPRESIVO

Algunas personas que padecen depresiones pueden tener ciclos de la enfermedad. Esto significa que tienen periodos de ánimo bajo (depresión), y periodos de ánimo inapropiadamente elevados (manía), que se intercalan, durando estos ciclos de varias semanas a meses y en ocasiones están intercalados por periodos de normalidad. Esta enfermedad afecta a alrededor de una de cada 100 personas. En la mayoría de los casos la enfermedad bipolar es heredada. Anteriormente se mencionaron las características de la depresión. En la fase maníaca las principales manifestaciones son:

Presentar por más de una semana alguno o varios de los siguientes síntomas:

- Sensación de estar exageradamente animado, eufórico o irritable.
- Dormir menos tiempo que lo acostumbrado.
- Necesidad de hablar más de lo acostumbrado o sensación de que no se puede parar de hablar.
- Distraerse con facilidad.
- Aparición de muchas ideas en la mente de la persona, al mismo tiempo.
- Hacer cosas que resultan muy agradables pero que al mismo tiempo generan problemas (por ejemplo, gastar dinero en exceso, vida sexual inadecuada, comprometerse a hacer cosas que no se van a cumplir, etc.).
- Tener la idea de ser una persona muy importante o de tener muchas capacidades.
- Hacer demasiados planes o actividades en forma simultánea (en el trabajo, en la escuela o socialmente).

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN SU GRAVEDAD

- Depresión leve: Se presenta cuando una persona tiene síntomas depresivos y requiere hacer un esfuerzo para continuar llevando a cabo sus actividades habituales.
- Depresión moderada: Se presenta cuando una persona tiene muchos síntomas de depresión que le impiden llevar a cabo muchas de sus actividades habituales.



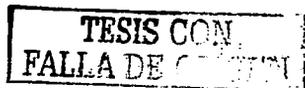
- Depresión severa: Se presenta cuando una persona tiene todos o casi todos los síntomas de depresión, que le impiden llevar a cabo sus actividades habituales por completo o casi por completo.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Es un término que se caracteriza por cierto tipo de comportamientos más o menos similares ante situaciones vitales que para la persona es muy difícil enfrentar. Algunos síntomas se reconocen por la calidad de un comportamiento extravagante, como la actitud distante al medio ambiente, la suspicacia, períodos de destructividad impulsiva y comportamientos exagerados e inmaduros. Cuando es demasiado avanzado el padecimiento, el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera en forma grave y sus hábitos se deterioran profundamente, sin tomar ya en cuenta las costumbres sociales y el cuidado personal. Uno de los factores que pueden justificar su origen es el genético o la herencia. El hecho de que la personalidad se desarrolle o no en forma adecuada depende de la dotación genética y constitucional de cada ser. Influyen mucho los primeros contactos maternos, la falta de constancia inicial en la atención que brinda la madre es un factor de riesgo, pues el sujeto la necesita para adquirir seguridad. Si la madre está deprimida o con sentimientos de culpa porque no desea tener a su hijo, crea hostilidad y rechazo inconsciente que afectan el desarrollo normal de éste. En estudios realizados con este tipo de pacientes se ha comprobado que han pasado su niñez en familias muy dañadas, algunas donde ambos padres tienen trastornos de personalidad, por lo tanto carecen de integración y se relacionan a través del conflicto. Con el paso del tiempo el enfermo debe enfrentarse a diferentes circunstancias que no puede resolver y, por lo tanto se desarrolla más su padecimiento.

La edad en que se inicia el padecimiento abarca los últimos años de la niñez a los últimos de la madurez. La etapa más frecuente es la adolescencia: suelen ser sujetos exaltados, con falta de naturalidad, muy sensibles, mal humor, con anhelos vagos, actitudes defensivas, tienden a fantasear, a proyectar defectos, sus pensamientos no siempre llevan una lógica en hábitos e intereses. Tienden a la soledad, con depresiones ligeras, sienten celos de las personas mejor adaptadas y felices. A veces se dan cuenta de algunos rasgos anormales como su tensión, confusión, distracción en conversaciones e incapacidad para tener una secuencia lógica. Por lo mismo, dejan de hablar, fijan su mirada en un punto lejano, como que su mente está en blanco o da la impresión de que están viendo a alguien con gran intensidad sin parpadear.

La sensibilidad del paciente aumenta en imágenes o sonidos extraños, oye cosas muy fuertes o lejanas que le provocan miedo y lo confunden. Las percepciones, que vienen del interior de su cuerpo, son de gran preocupación: dolores, molestias musculares, siente que partes de su cuerpo o bien, todo, cambian de forma y tamaño, puede pasar mucho tiempo viendo al espejo o bien, haciendo ejercicio agotador para aumentar su musculatura.



Todos estos cambios se van dando en un proceso evolutivo gradual, por lo que es frecuente que la familia del enfermo no se de cuenta de la importancia de los cambios de personalidad que tiene. Si el enfermo no recibe ayuda, con el paso del tiempo, aparece el pánico, pues es incapaz de dominar su hostilidad, su sexualidad, su desesperación cada vez más profunda, pues se ve forzado a hacer una vida aislada, solitaria e infeliz.¹²

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA¹³

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS¹⁴

Hoy en día son ampliamente reconocidas las graves repercusiones del uso y abuso de drogas, no sólo por el peligro que representan para la salud física y mental de los individuos, sino también por la serie de problemas que se asocian con su consumo, como son los delitos relacionados con la producción, tráfico y comercialización de drogas que afectan de gran manera a la sociedad en general.

¿Qué es una droga? Son sustancias naturales o artificiales que generan una modificación fisiológica en el organismo y que se traduce en alteraciones del comportamiento, juicio, estado de ánimo o percepción. Con su consumo se buscan sensaciones agradables, aliviar la angustia, el dolor, desinhibición.

El problema de la fármaco-dependencia no se limita exclusivamente al individuo que lo padece, sino que tiene efectos negativos sobre los ámbitos familiar, académico, laboral y comunitario del usuario. En este sentido, es fácil comprender que si un porcentaje importante de la población consume drogas, el problema se agudiza y tiene una incidencia directa sobre la salud, economía y dinámica social de un país.

Dependencia psíquica: Inicialmente se tiene la sensación de controlarla, pero llega un momento que se necesita consumir de forma periódica, para encontrar un estado de bienestar que de forma natural no se consigue.

Dependencia física: Se produce cuando nuestro organismo necesita cierta cantidad de droga para funcionar con normalidad.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas que se presentan cuando interrumpimos o disminuimos bruscamente el consumo.

¹² I.M.P. op. Cit.

¹³ Ver el capítulo tres de este trabajo.

¹⁴ INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (1995). *Abuso de Sustancias Psicoactivas*. Centro de Información en Farmacodependencia. División de Investigación, Epidemiología y Sociedad. México.



Tolerancia: El consumo habitual lleva consigo la necesidad de consumir cada vez dosis mayores para conseguir los mismos efectos.

Politoxicomanía: Consumo de varias sustancias al mismo tiempo.

TIPOS DE DROGAS:

Tabaco: Contiene nicotina, óxido de carbono, alquitrán y otras sustancias químicas que producen cáncer pulmonar y respiratorio, enfermedades respiratorias y cardio vasculares, arterioesclerosis y bajo peso neonatal.

Alcohol: Tiene efecto sedante, desinhibitorio. Hay que distinguir entre uso, dependencia (alcoholismo) e intoxicación (borrachera).

Psicofármacos: Su mayor peligro reside en la facilidad de acceso por consumo de los adultos del hogar. Son medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (tranquilizantes, somníferos, barbitúricos).

Cocaína: Polvo blanco extraído de una planta, la coca. Se consume por inhalación. Da sensación de energía, pero crea gran dependencia psicológica y a altas dosis puede generar importantes trastornos físicos: convulsiones, taquicardias, etc.

Anfetaminas: Suele venir en cápsulas o comprimidos. A bajas dosis dan sensación de energía. Tienen alta tolerancia, por lo que va asociado al consumo de altas dosis que acaban produciendo sensaciones de pánico, taquicardia, sudoración, etc. Su uso excesivo altera la vida cotidiana.

Cannabis (hachís, marihuana): Produce sensación de calma, enrojecimiento de los ojos, taquicardia, etc. Su uso excesivo produce efectos de falta de concentración y pérdida de memoria.

Heroína: Genera gran dependencia y un importante síndrome de abstinencia. Es un derivado del opio (amapola) y se consume por distintas vías: inyectada, inhalada o esnifando (por la nariz). Genera euforia, sensación de bienestar, placer y ausencia de dolor.

Drogas de diseño: Sintéticas, no naturales. Contienen algún estimulante parecido a la anfetamina con efecto alucinógeno: "éxtasis", "X", "píldora del amor" y otras.

Alucinógenos LSD: "ácidos" o "trips". Consumo oral y tienen distintas presentaciones (comprimidos, gotas sobre papel secante).



PREVENCIÓN

Los padres de familia y maestros pueden informar abiertamente a los niños, con mensajes adecuados a su edad. Manteniendo un comportamiento coherente. Los padres son los modelos más cercanos a seguir, sobre todo en el consumo de alcohol.

Se debe favorecer la participación de los jóvenes en asociaciones culturales o deportivas. Valorar sus esfuerzos escolares y de otro tipo. Marcarles metas realistas y estimularles para su consecución, de manera que les enseñemos a ser responsables de sus actos. Favorecer un buen clima afectivo en el hogar que les transmita confianza y les permita expresar adecuadamente sus vivencias.

Es recomendable conocer de cerca de los hijos. Relacionarse con el profesorado o personas cercanas a ellos con capacidad de influencia.

¿CÓMO DETECTAR A ALGUIEN QUE CONSUME DROGAS?

- 1.- Conversando con los hijos.
- 2.- Detectando cambios de conductas: alejamiento familiar, mienten, roban chantajea para conseguir dinero.
- 3.- Muchas drogas son consumidas los fines de semana.
- 4.- Deterioro físico, personal y económico.

¿QUÉ HACER ANTE LA DETECCIÓN DE CONSUMO?

Reconocer que estamos ante un problema y afrontarlo con su hijo. No autoculparse, sino averiguar qué ha pasado e intentar resolverlo. No ser permisivo ni ceder al chantaje. Hablar con su hijo y mantener una actitud firme. Revisar normas de convivencia y poner límites. Asignar responsabilidades, evitando las tareas que impliquen el manejo de dinero. Buscar ayuda profesional.

Las fases para abandonar el consumo de drogas son:

- 1.- Desintoxicación: Dejar de consumir sustancias hasta que desaparezcan los síntomas del síndrome de abstinencia.
- 2.- Deshabitución: Desarrollar nuevas capacidades para no consumir drogas e integrarse a la vida cotidiana.
- 3.- Rehabilitación: Plantear un proyecto de futuro.



TIPOS DE CONSUMO	CONSUMO REPORTADO
Experimental	Una vez en la vida, pero no en el último año, ni en el último mes.
Ocasional	En el último año, pero no en el último mes.
Leve	En el último mes, de 1 a 15 días.
Moderado	En el último mes, de 6 a 19 días.
Alto	En el último mes, durante 20 días o más.

La prevención es la vía a la cual deben dirigirse todos los esfuerzos si se quiere evitar que el consumo de drogas siga extendiéndose y alcance a otras generaciones.

Las drogas que presentan una mayor prevalencia en México son la marihuana, la cocaína y los inhalables. Su consumo trae como consecuencia síntomas de deterioro psicosocial, laboral y escolar, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, del comportamiento, de la conducta alimentaria y del sueño.

En el abuso de sustancias se observa la interacción de tres elementos: un agente exterior (cualquier sustancia psicoactiva), un medio facilitador (hostil o estresante) y un individuo cuya estructura psicológica y recursos de ajuste lo hagan particularmente vulnerable (por ejemplo, a causa de crisis del desarrollo o de la incidencia de factores traumáticos específicos).

SESIÓN 4. TEMA: EL PAPEL DE LOS PADRES DE FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

OBJETIVO:

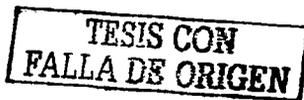
Sensibilizar a los padres de familia en la importancia del papel que desempeñan en el desarrollo bio-psico-social de sus hijos, y su responsabilidad en el cuidado de su salud mental.

SUBTEMAS:

- Prevención.
- La relación madre-hijo.
- La relación con otras personas.

ACTIVIDADES:

Inicio de sesión:



- Lluvia de ideas: ¿Cómo pueden los padres de familia prevenir la aparición de una enfermedad mental en sus hijos?
- Los participantes sugerirán formas en que los padres de familia pueden prevenir las enfermedades mentales de sus hijos.

Desarrollo:

- Presentación del tema.

Fin de sesión:

- Dudas y comentarios
- Conclusión.

DESARROLLO DEL TEMA:

PREVENCIÓN

Puesto que el paso de la salud a la enfermedad se presenta por etapas, tres en total, la prevención de la enfermedad se refiere a las acciones que deben tomarse para que la enfermedad no se presente o no persista. Existen por lo tanto tres niveles de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA:

Está destinada a disminuir la aparición de trastornos mentales a través de la información y educación a la comunidad para la detección y neutralización de las condiciones enfermantas. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad mental: mala integración familiar, violencia intrafamiliar, mal ambiente social, etc.

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Está destinada al grupo poblacional que, a pesar de las acciones preventivas primarias, padece trastornos mentales. Pretende disminuir la prevalencia a través de estrategias de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Tiende a evitar la cronicidad y las secuelas.

PREVENCIÓN TERCIARIA:

Está destinada a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración.¹⁵

¹⁵ CAPLAN, G. (1964). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Basic Books. Nueva York.



LA RELACIÓN MADRE-HIJO

Las condiciones del ambiente familiar al que llega un bebé determinan que éste llegue a ser una persona bien adaptada, feliz, con buena salud física y mental, o todo lo contrario.

El niño, al nacer, dispone de capacidades muy generales que se van especializando gracias al contacto con el medio y los intercambios con las otras personas.

Para sobrevivir, el niño necesita adultos que se ocupen de él y satisfagan sus necesidades más elementales. La compañía y el cariño de los otros es algo tan necesario para el desarrollo como la alimentación.

Así, va emergiendo una relación especial entre el bebé y la persona que le cuida más directamente, la figura materna, que puede ser su madre natural, una persona que desempeñe esas funciones o cualquier otra persona.

La importancia de esta relación para la vida futura del bebé es enorme. En sus relaciones con la figura materna, sobre todo durante los primeros años de vida, el sujeto construye un modelo del mundo y de él mismo, a partir del cual actúa, comprende la realidad, anticipa el futuro y construye planes.¹⁶

Se han realizado estudios científicos que han demostrado que los bebés necesitan que los acaricien y los abracen. Cuando los bebés no tienen suficientes abrazos y caricias, no se desarrollan adecuadamente, tienen problemas físicos y mentales. Esta necesidad de abrazos y caricias persiste en la edad adulta.¹⁷

Posteriormente, los niños necesitan alejarse de la madre para conocer el mundo, explorar el entorno y establecer relaciones con otros adultos y con otros niños. Un niño que exige la presencia continua de su madre, que no se puede separar de ella ni un momento, es posible que tenga una mala relación con ella, por falta de atención o sobreprotección. Esas conductas de apego exageradas (llanto, llamadas, búsquedas, etc.) ponen de manifiesto que el niño tiene miedo a la separación, que no tiene confianza plena en la disponibilidad de la figura materna, que el niño utiliza como una base segura desde la cual explorar el mundo.

Una mala relación con la figura materna hace al niño menos activo, más dependiente y menos social. Como consecuencia de esta mala relación, el niño puede establecer malas relaciones con su entorno. Frecuentemente los niños agresivos, los niños que lo rompen todo, lo golpean todo y son insoportables para

¹⁶ DELVAL, J. op. cit. p. 182-195

¹⁷ KAUFMAN, G., RAPHAEL, L. (1998). *Cómo hablar de Autoestima a los Niños*. Ed. Selector. México.



los adultos que les rodean, están protestando contra su estado, están manifestando su malestar. A menudo la única manera que tiene un niño de que lo atiendan es romper algo, hacer algún desastre.

Un niño no deseado tiene muchas posibilidades de ser desdichado, ya que la conducta de la madre hacia él puede ser negativa desde el embarazo. Esta mala situación temprana se puede compensar posteriormente, la madre puede ser reemplazada por otros adultos que establezcan una buena relación con el niño.

El apego seguro aumenta la exploración en el niño, la curiosidad, la solución de problemas, el juego y las relaciones con otros compañeros, es decir, permite abrirse más al mundo. La persona con apego seguro se sabe querida y eso le da seguridad, confianza en ella misma y en los otros. Se puede ser mucho más tolerante hacia los demás, comprenderles mejor, incluso en sus acciones hostiles, pues se consideran pasajeras y no alteran la imagen de uno. En cambio un apego inseguro hace que cualquier conducta ambivalente o poco clara de los otros con los que uno se siente vinculado afectivamente, se interprete como un rechazo total. Las personas con apego ambivalente necesitan continuas muestras de afecto para sentirse seguras porque su modelo mental no incluye una idea interiorizada del otro como alguien permanentemente disponible, al que podemos recurrir cuando lo necesitemos.

LA RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS

El niño se encuentra inmerso en una red social de la que forman parte todos los parientes y elementos próximos de la familia con los que interacciona. Tanto el padre como la madre y los hermanos mayores desempeñan un importante papel en la socialización del niño.

Por otro lado, en algunas familias en las que uno de los progenitores desaparece repentinamente, el niño tiene que realizar todo un proceso de adaptación a la situación nueva. Si la desaparición del progenitor se produce por fallecimiento, el niño puede caer en depresión. El divorcio puede crear más conductas antisociales. En ambos casos, si el niño logra adaptarse satisfactoriamente a la situación, lo cual logra con ayuda de los adultos con los que vive, podrá llegar a convertirse en un individuo adulto normalmente desarrollado.

La conducta de los niños está determinada por normas que se han forjado en la sociedad en la que vive. A medida que crece, esas normas se van haciendo más rígidas. La desobediencia y la resistencia que manifiestan los niños pequeños hacia los adultos es algo ligado a la propia construcción de su yo. Transgrediendo las prohibiciones el niño puede descubrir la importancia de determinadas acciones, lo que le permite organizar el mundo social. Hay transgresiones que se resuelven con una sonrisa comprensiva por parte de la madre, y otras que



conducen a recibir un regaño o incluso una nalgada, y eso muestra los límites de lo que le está permitido hacer.

La oposición de los otros y los límites a los propios deseos y actos, contribuyen profundamente a que el niño construya una noción de sí mismos y de los otros, le hacen tomar conciencia de por qué las cosas son así y tratar de entenderlas.

Los niños que tiene relaciones más estables con sus madres, tienen mejores interacciones con los compañeros de su misma edad, con los cuales forman grupos de estudio o de juego. El grupo tiene una gran influencia en la socialización y es un método muy eficaz para someter la conducta del niño a las normas sociales. El grupo también ofrece al niño un apoyo y un sentimiento de pertenencia a una comunidad con la que se participa en actividades.

Con la aproximación de la adolescencia, los grupos se amplían y se establecen relaciones de amistad más estrecha y duraderas. Aunque no todas las relaciones son de amistad y cooperación, también se producen conductas agresivas. El niño busca imponerse al otro. A medida que los chicos crecen, la agresión física va siendo sustituida por la agresión verbal, a veces más dolorosa.¹⁸

La agresividad está relacionada con la frustración, y las causas de la frustración son muchas. El niño puede ser castigado frecuentemente, o no recibir suficiente atención o cariño; y eso puede ser el origen de su agresividad. Pero el problema de la agresividad es complejo y son muchos los factores que intervienen en ella. Hay tres tipos de factores interconectados: los relativos al propio sujeto, que incluyen aspecto físico, habilidades sociales, el nivel hormonal, etc.; los relativos a la familia, tales como prácticas de crianza, formas de interacción entre los miembros de la familia, grado de tensión, estructura familiar, etc.; finalmente, los referentes a la cultura y a la comunidad, que incluyen las actitudes hacia la violencia, hacia los medios de comunicación, hacia las instituciones, grupos, organizaciones, etc.

La imitación es una importante forma de aprendizaje de la agresión, pero el que finalmente se produzca la agresión va a depender también de otros factores, entre ellos, el grado de frustración del sujeto, la distancia entre sus expectativas y sus posibilidades de alcanzarlas y el tipo de ambiente social.¹⁹

En la escuela, entre los jóvenes que realizan actos de violencia contra los otros, contra los objetos, contra la misma escuela, es fácil que exista una elevada frustración, una insatisfacción que lleva a no saber encontrarse en el lugar social que se espera y se desea. El efecto de esa violencia indiscriminada es negativo, pues conduce a aumentar el aislamiento y la marginación del joven, excepto con

¹⁸ DELVAL, J. op. cit. 415-426

¹⁹ COON, D. (2001). *Fundamentos de Psicología*. 8ª. Edición. Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V. México.



relación a un pequeño grupo de individuos en circunstancias parecidas con el que puede asociarse y caer en la delincuencia y vicios.

Por lo tanto, es necesario que los padres de familia comprendan la importancia de su papel en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, en el cuidado de su salud mental, así como esforzarse en proveer a los niños de un ambiente familiar armónico y amoroso para que puedan llegar a ser adultos felices y bien adaptados socialmente.

SESIÓN 5. TEMA: EL PAPEL DEL MAESTRO EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

OBJETIVO:

Sensibilizar al maestro acerca de la importancia del papel que desempeña en el desarrollo bio-psico-social de sus alumnos y su responsabilidad en el cuidado de su salud mental.

SUBTEMAS:

- Metas psicológicas del proceso educacional.
- La importancia del afecto en la escuela.
- El manejo del adolescente en la escuela.
- A dónde acudir a solicitar atención psicológica.

ACTIVIDADES:

Inicio de sesión:

- Lluvia de ideas: ¿Qué puede hacer el maestro para prevenir las enfermedades mentales de sus alumnos?
- Los participantes darán sus opiniones respecto al papel del maestro en la prevención de enfermedades mentales de sus alumnos.

Desarrollo:

- Presentación del tema.



Fin de sesión:

- Dudas y comentarios.
- Conclusión.
- Los asistentes contestarán nuevamente el cuestionario para comparar sus respuestas con el primero.

DESARROLLO DEL TEMA:

METAS PSICOLÓGICAS DEL PROCESO EDUCACIONAL

El papel del maestro como agente de la comunidad es el de fomentar el bienestar de sus miembros. La experiencia escolar es una fuerza vital en la existencia del niño que tiene el potencial para prepararle bien o mal para los desafíos de la vida. Aún cuando su influencia puede ser indirecta y no ser reconocida, la escuela tiene que afectar inevitablemente a la forma en que el estudiante se considera a sí mismo y a sus capacidades, su valor como persona y sus oportunidades de éxito.²⁰

Desde esta perspectiva, la función de la escuela como un lugar de aprendizaje no puede separarse de su función como un lugar en el que se forma la personalidad. La escuela como una institución debe ser planeada para servir a las necesidades totales de sus alumnos si se quiere que afecte a su bienestar psicológico de manera óptima.²¹

La adquisición del aprendizaje de habilidades que se estiman valiosas culturalmente, y que promueve la adaptación social posterior, puede ser considerada esencial para preservar la salud mental de los niños. Las metas psicológicas del proceso educacional son:

- 1.- Un sentimiento positivo hacia el yo.
- 2.- Una percepción realista del yo y de los demás.
- 3.- Una relación con la gente.
- 4.- Una relación con el ambiente.
- 5.- La independencia.
- 6.- La curiosidad y la creatividad.
- 7.- La fuerza de recuperación y manejo de los problemas.

Hacer frente a la tensión y desarrollar las técnicas para lidiar con sus efectos es forjar bloques para la madurez. La "administración" de la tensión puede ser más eficaz que "tratarla". La administración se distingue del tratamiento en que acarrea el hacer que obren sobre los problemas del niño los recursos de todos los individuos que interactúan con él en su vida cotidiana, tales como los padres y los

²⁰ ZAX, M., SPECTER, G. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. Ed. El Manual Moderno, México, p. 157

²¹ DE LA FUENTE, R. op. cit. p. 20



maestros, en vez de abdicar la responsabilidad de tratar su problema para pasársela a algún "experto" extraño. Ayudar al niño a desarrollar la conducta de lidia espontánea con los problemas en el lugar donde la tensión ocurre de manera natural, es más conducente a promover la habilidad y el ingenio adaptativos futuros, que el desarrollo de la comprensión intuitiva en la situación de tratamiento convencional.²²

El ingreso a la escuela intensifica en el niño la angustia que le causa separarse de su madre. En la escuela, la tarea principal del niño es aprender a pensar y también a colaborar y a competir. En el escolar pueden hacerse más aparentes algunos síntomas, temores y conductas que indican un desajuste en su esfera mental.²³

LA IMPORTANCIA DEL AFECTO EN LA ESCUELA

Según señala Martí²⁴, el desarrollo del ser humano no se puede separar de su ambiente social. El hacer sentir al niño amado, cuidado y respetado es el objetivo más importante en su crianza para que pueda empezar su vida con el pie derecho.

La afectividad es el factor básico para elevar el rendimiento académico, ya que sirve de puente motor entre las esferas de la personalidad, es decir, la afectividad es el enlace de las dimensiones cognoscitiva y psicomotriz del niño.²⁵

Aguilar²⁶ señala que es necesario que el maestro se conozca a sí mismo y a sus alumnos, así como comprometerse en la labor educativa, dando un trato cordial, afectuoso, de confianza y respeto en una relación positiva del maestro, alumnos y padres de familia.

Los niños reprimidos reportan más problemas relacionados a una pérdida de interés motivación baja y una vista negativa de sí mismos.

La mayoría de las escuelas que tienen logros académicos altos en México, tienen características comunes que se relacionan con la afectividad:

a) En cuanto a la organización escolar:

- El ambiente de trabajo es agradable.
- Existe una comunicación abierta con los padres de familia.

b) En el proceso de aprendizaje, los maestros:

²² ZAX, M., SPECTER, G. Op. Cit. Pp. 158-214

²³ I.M.P. op. Cit.

²⁴ MARTI, J. (1988). *Enfermedad Mental y Entorno Urbano. Metodología e Investigación*. Ed. Antropos. Barcelona.

²⁵ KOLB, L. (1989). *Psiquiatría Clínica Moderna*. Ed. Científico. La Prensa Médica Mexicana. México.

²⁶ AGUILAR, A. (2001). *Afectividad en la Escuela Primaria*. Teala, U.N.A.M. México. pp. 346



- Basan su relación con los alumnos en el afecto, el respeto y la confianza.
 - Consideran el trabajo en equipo como la actividad primordial en el aula.
- c) Los alumnos se caracterizan porque:
- Tienen confianza hacia el maestro.
 - Poseen una alta motivación y autoestima.
- d) Respeto a los padres de familia:
- Tienen confianza en las capacidades de sus hijos.
 - Asisten en su mayoría a las reuniones convocadas por la escuela.

EL MANEJO DEL ADOLESCENTE EN LA ESCUELA

Respecto al manejo del adolescente en la escuela, Ramírez²⁷ menciona que la escuela ofrece al chico la posibilidad de revivir su relación humana en condiciones menos angustiantes y más objetivas porque sus maestros y compañeros mantienen con él una sana distancia emocional, la cual necesita para descansar de los conflictos que se suscitan en el ambiente familiar durante esta fase del desarrollo. El adolescente busca en los profesores una figura de identidad que lo ubicará por fin en el mundo adulto.

Por lo tanto, la tarea más importante en el trato pedagógico con el adolescente es ayudarlo a encontrarse a sí mismo, a buscar su identidad, lo cual ayudará a sentirse seguro y satisfecho.

Por supuesto que esta tarea es difícil, sobre todo tomando en cuenta que el adolescente tiene que vivir en medio del cambio y en el punto crucial de las evoluciones sociales.

El maestro, y en general los adultos que tratan con adolescentes, deben hacer conciencia constantemente de que toda esta etapa es vivida de manera tan intensa, que al enfrentarse con ella nuevamente, a través de sus alumnos o hijos, se pueden reactivar algunos conflictos dormidos y no resueltos eficazmente.

El hacer conciencia hasta donde sea posible, ayudará al adulto a guiar de una manera más efectiva al adolescente, sin involucrarse en sus conflictos.

De acuerdo a este autor "la educación no es la condena y represión de los deseos, sino su reconocimiento y dominio".

²⁷ RAMÍREZ, H. (2001). *Taller Lúdico Vivencial para Facilitadores del Proceso de Enseñanza Aprendizaje*. H.P.F.B.A. México.



A DÓNDE ACUDIR A RECIBIR ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA²⁹:

- 1.- **Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica A.C.**
Arquímedes No. 3 int. 601
Col. Bosques de Chapultepec
México, D.F. C.P. 11580
Tel: 52-80-38-08
Fax: 52-80-21-15
info@ampp.edu.mx
- 2.- **CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES**
Av. Paseo de la Reforma No. 450
Col. Juárez, Deleg. Cuahutémoc
C.P. 06600, México, D.F.
- 3.- **SERSAME (Servicios de Salud Mental)**
Director General Dr. Salvador González Gutiérrez Dirección Periférico Sur No. 2905, Col. San Jerónimo Lídice
Deleg. Magdalena Contreras, 10200, México, D.F.
Teléfono y Fax 55 95 86 73
55 95 80 09
Ext. 195
- 4.- **CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "CUAHUTÉMOC"**
Director Dr. César Bañuelos Arzac
Dirección: Enrique González Martínez No. 131,
Col. Santa María la Ribera, Deleg. Cuahutémoc,
06400, México, D.F.
Teléfono y Fax 55 41 47 49
55 41 12 24
- 5.- **CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "IZTAPALAPA"**
Director Dr. Verónica Delgado Parra
Dirección: Eje 5 Sur, esq. Guerra de Reforma,
Col. Leyes de Reforma, Deleg. Iztapalapa
09310, México, D.F.
Teléfono y Fax 56 00 45 27
56 94 16 60
- 6.- **CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "ZACATENCO"**
Director Dra. Aimeé Sobrino Saldivar
Dirección : Huanuco No. 323, esq. Av. Ticomán
Col. San Pedro Zacatenco, Deleg. G. A. Madero
07360, México, D.F.
Teléfono y Fax 57 54 66 10
57 54 66 01
- 7.- **HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"**
Director Dr. Marco Antonio López Butrón
Dirección: Av. San Buenaventura y Niño Jesús No. 2,
Col. Toriello Guerra, Deleg. Tlalpan,
14000, México, D.F.
Teléfono y Fax 55 73 97 74
55 13 11 84

²⁹ Internet: <http://www.ssa.gov>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

Director Dr. Jesús del Bosque Garza
Dirección: Av. San Buenaventura No. 86,
Col. Belisario Domínguez, Deleg. Tlalpan
14080, México, D.F.
Teléfono y Fax 55 41 47 49
55 41 12 24

9.- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO"

Director Dr. José G. Sánchez Torres
Dirección: Km 5.5 Autopista México-Puebla
Col. Santa Catarina, Deleg. Tláhuac
13100, México, D.F.
Teléfono y Fax 58 60 19 07

10.- CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL:

Centro de Salud Dr. Angel Brioso Vasconcelos
Benjamín Hill # 14 Col. Condesa, Tacubaya,
Del. Miguel Hidalgo, Tel. 515-27-99

Centro de Salud Dr. Atanasio Garza Ríos
Dr. Vértiz y Dr. Erazo, Col. Doctores,
Del. Cuauhtémoc, Tel. 588-66-97

Centro de Salud Beatriz Velazco de Alemán
Eduardo Molina esq. Peluqueros, Col. 20 de Noviembre,
Del. Venustiano Carranza, Tel. 795-44-38

Centro de Salud Dr. Galo Soberón y Parra
Calz. Camarones # 4850
Del. Azcapotzalco.

Centro de Salud Mixcoac
Rembrandt 32, Col. Mixcoac
Del. Benito Juárez, Tel. 563-37-13

Centro de Salud Portales
Calz. San Simón 94, Col. Portales
Del. Benito Juárez, Tel. 539-05-92

Centro de Salud Soledad Orozco
Juventino Rosas esq. Tetracizini, Col. Peratvillo
Tel. 583-01-79

Centro de Salud San Francisco Cuihuacán
Av. Taxqueña esq. Calle de la Salud,
San Francisco Cuihuacán, Tel. 549-42-92

Centro de Salud Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez
Av. San Gabriel # 517 esq. San Alberto
Sta. Ursula Coapa, Tel. 677-35-77

Centro de Salud Dr., Rafael Carrillo
Victoria # 32 esq. Cd. Victoria
Barrio San Lucas
Del. Iztapalapa, Tel. 666-82-76

Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana
Coapa y Carrasco Del. Tlalpan.
Tel. 606-35-16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Centro de Salud Dr. José Ma. Rodríguez
San Antonio Abad # 350, Col. Asturias
Del. Cuauhtémoc, D.F. Tel. 530-09-24

Centro de Salud Dr. José Lozoya
Corregidora # 135 esq. Plutarco Elías Calles
Del. Iztacalco.

Centro de Salud Dr. Juan Dueve Estrada
Oriente 170 # 154, Col. Moctezuma 2ª. Sección
Tel. 571-25-72

Centro de Salud Dr. Manuel Cárdenas de la Vega
5 de Febrero y Victoria, Col. Martín Carrera.
Tel. 577-10-46

Centro de Salud Dr. Manuel Escondría
Frontera # 15, Villa Alvaro Obregón

Centro de Salud Dra. Margarita Chome
División del Norte # 2986, Coyoacán.
Tel. 549-19-31

Centro de Salud Agrícola Oriental
Oriente 245 esq. Sur 18, Col. Agrícola Oriental
Tel. 558-78-97

Centro de Salud Cuajimalpa
Av. Juárez esq. Callejón Juárez, Cuajimalpa
Tel. 91-581-204-41

Centro de Salud San Pedro Zacatenco
Av. Ticomán # 323, San Pedro Zacatenco

Centro de Salud Xochimilco
Juárez # 2 esq. Pino # 30, Bo. San Juan
Del. Xochimilco. Tel. 678-00-43

Centro de Salud Dr. Gerardo Varela M.
Matamoros y Allende, Sto. Tomás Ajusco.

¿QUÉ TANTO SÉ ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES?

Este cuestionario me ayudará a saber que tanto conozco acerca de los temas que se verán en el Taller de Prevención de Enfermedades Mentales.

- 1.- ¿Qué es la enfermedad mental?

- 2.- ¿Cómo puede prevenirse?

- 3.- ¿Cuál es el papel de los padres de familia en la prevención de las enfermedades mentales de sus hijos?

- 4.- ¿Cuál es el papel de los maestros en la prevención de las enfermedades mentales de sus alumnos?

- 5.- ¿A dónde podemos acudir a solicitar atención psicológica?

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PROPUESTA

Muchas personas, frecuentemente, se muestran impacientes ante los problemas que les aquejan y que no tienen una solución simple. La prevención de las enfermedades mentales es un problema complejo que no es fácil de solucionar. Habitualmente requiere una considerable inversión de tiempo y esfuerzo.

Un factor clave en el éxito o fracaso de las actividades preventivas, podría ser la postura que mantengan los propios profesionales de la salud mental que las realicen. Si se pretende potenciar los esfuerzos preventivos y de desarrollo, es necesario producir cambios, tanto en los individuos como en sus contextos de vida, con el objeto de transformar, a partir de su interior, lo que sucederá en el futuro.

La trascendencia de esta tarea requiere la mayor clarificación personal y social del psicólogo como profesional del desarrollo humano y, por tanto, de su mayor disponibilidad de trabajar colaborando en conjunto con otros profesionales y no profesionales, sin miedo a perder su identidad.

Por otro lado, respecto a los resultados que se pretenden lograr con este taller, o con cualquier otra actividad comunitaria, es necesario colocar a la prevención en su justa medida y posibilidades, ya que en esta tarea podrían presentarse algunos obstáculos difíciles de salvar, como: el autoritarismo, la burocracia, el individualismo, los obstáculos sociales, la falta de ética, las limitantes del modelo médico, la omnipotencia y el desmedido afán por el poder y el dinero.

Los expertos recomiendan que al realizar labores preventivas en la comunidad, se tomen en cuenta las actitudes prejuiciosas hacia la prevención, que podrían estar presentes en la gente, aún entre los profesionales de la salud mental. Se podrían observar actitudes de tremenda idealización cuando la gente espera soluciones milagrosas. O por el contrario, podrían presentarse actitudes de pesimismo hacia las actividades preventivas cuando se desvalorizan todas las posibilidades de realizaciones.

Por lo tanto, es recomendable tener cuidado de no caer en actitudes extremas que dificulten o imposibiliten el necesario sentido de la realidad. Los extremismos nos podrían hacer caer ya sea en la omnipotencia o en la impotencia, dañando en última instancia las posibilidades reales de la tarea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES GENERALES

Al tratar de resaltar la importancia del papel del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales, empecé a preguntarme ¿Cuál es ese papel?. Entonces me dispuse a indagar acerca del tema de la salud mental y encontré que los profesionales de la salud de diferentes disciplinas poseen distintos marcos teóricos de referencia. Sin embargo ambos llegan a conclusiones similares: el eje de la salud mental está en la salud pública, y la exclusiva asistencia individual, sería insuficiente.

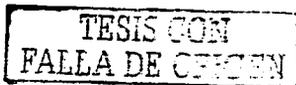
Posiblemente, dentro de los aportes más valiosos que los psicólogos dedicados a la prevención han recibido, están los de José Bleger. Y respecto a la pregunta acerca del papel del psicólogo, según este autor, ser psicólogo es ejercer el oficio de la psicología, lo cual significa trabajar en cualquier campo de la actividad humana. Además señala que quienes trabajan en prevención, no pretenden cambiar la realidad, ni curar a nadie, como tampoco ser los iluminados de la mente del otro, ni los poseedores de la clave traductora de la historia de los demás, sino contribuir a que la gente pueda preparar, aparejar y disponer sus recursos para enfrentar un problema, una crisis o un sufrimiento, que ha sido previamente definido, circunscrito o diagnosticado por ellos mismos.

Prevenir es solamente facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, es desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, es poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria que les permita cuidarse.

Otro autor que también constituye el punto de partida para fundamentar el trabajo del psicólogo en la prevención de las enfermedades mentales es Gerald Caplan, quien describe a la prevención como "una acción integral con tres niveles de intervención articulados y simultáneos". Define a cada uno de estos niveles como: Prevención primaria, la cual se realiza utilizando los conocimientos profesionales del psiquiatra para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo. La prevención secundaria, que consiste en reducir la duración de un número significativo de los trastornos mentales que se presentan. La prevención terciaria, que consiste en reducir el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

Paulo Freire, enriquece el abordaje de la prevención en el campo de la psicología con sus conceptos de la "pedagogía de la liberación". Este autor concibe a la educación como práctica de la libertad, un acto de conocimiento y aproximación crítica a la realidad.

Su propuesta rompe los modelos tradicionales en educación formal, rectifica, por un lado, la asimetría entre el educador y el educando, como el que enseña y el que aprende. Al respecto dice que el educador debe aprender con el educando



cuál es la realidad del grupo con el que se trabaja, y cuáles son sus recursos para enfrentarla.

Freire señala que la "toma de conciencia crítica" es el primer objetivo de la educación, para luego reflexionar y acceder a una acción modificadora y organizada. Su método propuesto es un proceso de "democratización de la cultura", a la cual considera como un acto de creación continuo, donde el hombre es su activo inventor.

Estos tres autores —Bleger, Caplan y Freire— aportan el bagaje teórico que fundamenta el marco referencial de la psicología comunitaria.

También, presento una descripción de las actividades que se realizan en el servicio de psiquiatría comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", como una muestra del importante trabajo que se realiza en materia de prevención de las enfermedades mentales en esa y muchas otras instituciones de nuestro país. Al mismo tiempo aprovecho la oportunidad para resaltar el papel del psicólogo en esa tarea.

Muchas personas podrían decir que el tema de la prevención ya ha sido ampliamente tocado y que se han propuesto y trabajado muchos talleres de prevención como el que se presenta en este trabajo; pero sinceramente considero que mientras exista en México, o en el mundo entero, una persona que sufra por una enfermedad mental que pudo haberse prevenido, el tema no está agotado.

El Taller de Prevención de Enfermedades Mentales para padres de familia y maestros que presento, es solamente un ejemplo de lo que un psicólogo puede aportar con su trabajo dentro del área de Psicología Comunitaria.

En la siguiente sección (anexos), se presentan los instrumentos utilizados en el Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", para dar a conocer el material con el que trabaja el psicólogo en un equipo de este tipo.

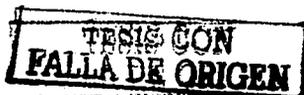
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PROGRAMA DE TRABAJO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"**

Objetivo	Actividad
Realizar acciones específicas para hacer del conocimiento de la población las características de la salud mental, los beneficios que brinda, así como dar a conocer las consecuencias de la pérdida de la salud mental e informar de las alternativas de manejo.	<p>Educación y Fomento de la Salud Mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos informativos - Grupos de educación para la salud - Grupos psicoeducativos para formación de promotores en salud mental.
Favorecer la remisión de la patología mental, prevenir la aparición de interurrencias agudas y crónicas, mejorando la calidad de vida y el establecimiento de coordinación interinstitucional para reforzar la atención del paciente con enfermedad mental.	<p>Atención Psiquiátrica Comunitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones grupales de aplicación de instrumentos clinimétricos para tamizaje. - Sesiones grupales de aplicación de instrumentos clinimétricos para apoyo diagnóstico. - Entrevista psiquiátrica diagnóstica. - Referencias. - Consultas de seguimiento psiquiátrico.
Conocer el medio ambiente y el nivel de salud mental de las comunidades, realizando investigación epidemiológica para coadyuvar al fomento de la salud mental donde viven.	<p>Epidemiología Comunitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones grupales de aplicación de escalas psicosociales. - Sesiones de indagación sociodemográfica. - Diagnóstico comunitario.

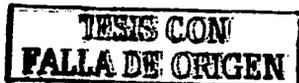


FASES DE INTERVENCIÓN EN LAS ESCUELAS

- 1° Entrevista con los directivos de la institución para exponer el programa.
- 2° Plática informativa a profesores.
- 3° Plática informativa a padres de familia.
- 4° Plática educativa a profesores.
- 5° Plática educativa a padres de familia.
- 6° Plática educativa a los alumnos.
- 7° Aplicación de instrumentos de tamizaje.
- 8° Aplicación de instrumentos psicológicos.
- 9° Entrevista de valoración psiquiátrica.
- 10° Referencia al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

INSTRUMENTOS QUE SE APLICAN

- 1° Cédula de Identificación Institucional.
- 2° Encuesta Psicosocial.
- 3° Cuestionario de Síntomas Psiquiátricos para niños (RQC).
- 4° Cuestionario de personalidad para niños de 6-8 años (ESPQ).
- 5° Cuestionario de personalidad para niños de 8-13 años (CPQ).
- 6° Cuestionario de Adaptación para Adolescentes.
- 7° Cuestionario de ansiedad de Beck.
- 8° Cuestionario de depresión de Zung.



CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

I Carátula

1. Nombre de la Institución
2. Tipo de Institución
3. Dirección
4. Teléfono
5. Nombre del Director actual
6. Nombre del Subdirector actual
7. Turno y horario laboral

II Características de la Institución

6. Antecedentes de la Institución
7. Organigrama de la Institución
8. Ubicación geográfica (croquis con nombres completos de las calles colindantes)
9. Características demográficas de la población escolar (número de la población y su distribución por grupos, nivel socioeconómico registrado por la trabajadora social)
10. Características físicas de la Institución (instalaciones físicas del plantel)
11. Recursos humanos (número de personas que laboran en la institución desglosado por área de trabajo)
12. Recursos financieros (grupos de apoyo económico a la institución)

III Reseña histórica sobre la prevalencia de enfermedades mentales en la población escolar (reporte del servicio médico de la institución sobre las enfermedades más frecuentes dentro de la población escolar, especificando los hallazgos en relación a padecimiento mentales).

IV Descripción de la necesidad actual de la población escolar en relación a la problemática de la salud mental en la institución.

V Intervenciones previas en apoyo a su problemática respecto a la salud mental (especificar las instituciones especializadas en salud mental que han tenido intervención dentro de la institución)

ENCUESTA PSICOSOCIAL PARA ESCOLARES

Nombre del alumno: _____

Grupo: _____, Edad: _____, Sexo: _____

Domicilio: _____

Integrantes de la familia:

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tipo de vivienda:

Rentada () Propia () Vive con familiares ()

¿Aproximadamente a cuánto ascienden sus gastos mensuales? _____

Religión: _____

¿El alumno es derechohabiente a alguna institución de salud? _____

¿Cuál? _____

¿Cuándo su hijo (a) se enferma, a dónde solicita atención médica con mayor frecuencia? _____

¿Existe alguna enfermedad médica o psicológica en su familia por la cual reciba atención médica constantemente? _____, ¿Quién? _____

Describe brevemente el carácter de su hijo (a): _____

¿Piensa usted que su hijo (a) tiene algún problema que repercuta en el desempeño de sus actividades diarias? _____



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS (RQC)

Fecha: _____ Escuela _____ Grado y grupo _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()
A qué edad ingresó a la escuela: _____
Nombre del padre: _____
Nombre de la madre: _____

- 1.- ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?
Sí _____ No _____.
- 2.- ¿El niño duerme mal?
Sí _____ No _____.
- 3.- ¿El niño ha convulsionado o se ha caído sin razón?
Sí _____ No _____.
- 4.- ¿El niño sufre frecuentemente de dolores de cabeza?
Sí _____ No _____.
- 5.- ¿El niño ha huido en alguna ocasión de su casa?
Sí _____ No _____.
- 6.- ¿El niño ha robado cosas de su casa?
Sí _____ No _____.
- 7.- ¿El niño se asustado se pone nervioso sin razón?
Sí _____ No _____.
- 8.- ¿El niño aprende más lento que otros niños de su edad?
Sí _____ No _____.
- 9.- ¿Al niño le disgusta jugar con otros niños de su edad?
Sí _____ No _____.
- 10.- ¿El niño se orina o defeca en su ropa?
Sí _____ No _____.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESPQA1

1. **A.** *¿Te gusta ver llorar a otro niño, o*
A. *...una casa grande, o*
2. **A.** *Una casa enorme es...*
A. *...¿una casa grande, o*
3. **A.** *Cuando te cuentan cuentos...*
A. *¿los recuerdas después, o*
4. **A.** *¿Qué pensará el profesor de ti...*
A. *¿qué eres revoltoso, o*
5. **A.** *Los amigos...*
A. *¿hablan a veces mal de ti, o*
6. **A.** *¿Qué te gustaría más...*
A. *dar colores a un dibujo, o*
7. **A.** *¿Quién suele tener mejores ideas...*
A. *...tú, o*
8. **A.** *¿Te gusta hablar en clase delante de todos?*
A. *...sí, o*
9. **A.** *¿Tú crees que caes bien...*
A. *...sólo a unos pocos, o*
10. **A.** *¿Las cosas te parecen demasiado difíciles...*
A. *...algunas veces, o*
11. **A.** *¿Te gustaría más hacer un viaje...*
A. *...con tu madre, o*
12. **A.** *¿Cuándo se te ocurre algo nuevo...*
A. *...¿te lo callas, o*
13. **A.** *Cuando tu madre se enfada...*
A. *...sigues tan contento como estabas, o*
14. **A.** *Si estás enfadado o triste...*
A. *...¿se te pasa pronto, o*
15. **A.** *¿Qué te gustaría más...*
A. *...mirar un libro de dibujos tu sólo, o*
16. **A.** *Cuando tus padres dicen: "es hora de irse a la cama"...*
A. *...¿te gusta acostarte, o*
- B.** *...te pone triste verle llorar?*
- B.** *...una casa pequeña?*
- B.** *...se te olvidan pronto?*
- B.** *...tranquilo?*
- B.** *...tan solo dicen la verdad?*
- B.** *...subir a un árbol?*
- B.** *...tus amigos?*
- B.** *...no?*
- B.** *...a todo el mundo?*
- B.** *...nunca?*
- B.** *...con tu padre?*
- B.** *...lo dices a otros?*
- B.** *...sientes ganas de llorar?*
- B.** *...te dura mucho tiempo?*
- B.** *...mirarlo con otro niño?*
- B.** *...quieres estar más tiempo levantado?*

17. ¿Qué te gustaría más...
A. ... ir a una fiesta de cumpleaños, o
B. ... quedarte en casa jugando?
18. Una mariposa es...
A. ... ¿un pájaro, o
B. ... un insecto?
19. Si una cosa es verdadera, ¿se dice que es...
A. ...correcta, o
B. ... falsa?
20. ¿Con quién prefieres jugar.
A. ... solamente con uno o dos niños, o
B. ... con muchos niños?
21. ¿Te hace efecto el chirrido de una puerta o de una tiza en el encerado?
A. ... Sí, o
B. ... no.
22. ¿A qué te gustaría más jugar, ...
A. ...a ser un profesor, o
B. ... a ser un cazador?
23. **A.** ¿Te obligan a hacer cosas que no quieres, o
B. ... haces siempre lo que quieres?
24. **A.** ¿Sueñas cosas agradables, o
B. ... cosas que te dan miedo?
25. ¿Qué te gusta más...
A. ... decir a otros niños lo que hay que hacer, o
B. ... hacer lo que hacen otros niños?
26. **A.** ¿Te gusta hablar con tu profesor, o
B. ... a veces te da un poco de miedo hablarle?
27. En el recreo...
A. ... ¿estás corriendo la mayor parte del tiempo, o
B. ... estás bastante rato parado?
28. Cuando ves un perro desconocido...
A. ... ¿lo acaricias, o
B. ... te alejas de él?
29. Si otro niño se lleva tu abrigo...
A. ... ¿se lo quitas, o
B. ... se lo dices al profesor?
30. Cuando te haces daño...
A. ... ¿lloras, o
B. ... te aguantas las lágrimas?
31. ¿Alguna vez te han castigado sin que hayas hecho nada malo?
A. Sí
B. No.
32. **A.** ... ¿Tienes siempre cuidado cuando te muevas, o
B. ... lo haces con precipitación y chocas contra cosas?

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

33. ¿Alguna vez has tenido ganas de escaparte de casa?
A. *Sí* **B.** *No*
34. ¿Qué tiene siempre un árbol?
A. *hojas, o* **B.** *...tronco?*
35. Una jirafa es...
A. *¿un animal salvaje, o* **B.** *... un animal doméstico?*
36. Si al volver del colegio tienes que hacer deberes,
A. *...verías primero la televisión y luego los harías, o* **B.** *... harías primero los deberes?*
37. Cuando te piden que hagas alguna cosa o que recojas algo,
A. *... ¿siempre lo haces rápidamente, o* **B.** *... a veces olvidas lo que te han encargado?*
38. **A.** *¿Te atreves a tocar insectos raros, o* **B.** *... te da miedo tocarlos?*
39. ¿Sientes miedo cuando estás en un sitio alto?
A. *Sí, o* **B.** *No*
40. Con tus compañeros juegas ...
A. *... a lo que a ti te gusta, o* **B.** *... a lo que les gusta a ellos?*
41. ¿Qué problemas de matemáticas te gustan más, ...
A. *... los fáciles, o* **B.** *... los difíciles.*
42. **A.** *¿Tienes siempre buena suerte, o* **B.** *... te suceden cosas peores que a los demás niños?*
43. ¿Te gustaría más, ...
A. *... charlar con los amigos, o* **B.** *...leer un libro?*
44. Si alguien dijera alguna cosa mala, ¿qué harías...
A. *... te corregirías, o* **B.** *... te callarías?*
45. Si estuvieras sobre una roca muy grande, ...
A. *... te asustarías, o* **B.** *... te pondrías a reír?*
46. ¿Te gusta contar cuentos a otros?
A. *Sí, o* **B.** *No*
47. **A.** *¿Tienes pocos amigos, o* **B.** *... muchos amigos?*
48. Cuando te enfadas, ...
A. *¿gritas y pateas, o* **B.** *... intentas olvidarlo?*

49. ¿Te gusta hablar con los profesores?
A. *Si, o* B. *No.*
50. María es más lista que Luisa, Luisa es más lista que Rosa. ¿Quién es más lista, ...
A. ... *María, o* B. ... *Rosa?*
51. ¿Qué tienen siempre los zapatos, ...
A. ... *cordones, o* B. ... *suelas?*
52. ¿Eres capaz de hacer las cosas, ...
A. ... *mejor que casi todos los demás niños, o* B. ... *peor que ellos?*
53. ¿Alguna vez los demás dicen que hablas demasiado y te llaman charlatán?
A. *Si, o* B. *No.*
54. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... *tener un amigo que lea bien, o* B. ... *uno que juegue bien al futbol?*
55. ¿Qué te gustaría más ser, ...
A. ... *aviador, o* B. ... *profesor?*
56. A. ¿Te deja tu madre hacer casi todas las cosas que se te ocurren, o
B. ... *hay muchas cosas que no te deja hacer?*
57. A. ¿Te gustan las películas de bandidos, o
B. ... *prefieres las películas de risa?*
58. A. ¿Los otros niños hacen lo que tú les dices, o
B. ... *nunca te hacen caso?*
59. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... *jugar a ser un animal salvaje, o* B. ... *escuchar un cuento leído por el profesor?*
60. A. ¿Estás siempre limpio y arreglado, o
B. ... *a veces estás desarreglado y sucio?*
61. A. ¿Te acercarías a hablar con un niño que llega nuevo a la clase, o
B. ... *en general, te da un poco de miedo hablar con quienes no conoces?*
62. Si hablas a las personas mayores, ...
A. ... *les gusta escucharte, o ...* B. ... *se ponen de mal humor al oírte?*
63. La gente, ...
A. ¿cumple casi siempre sus promesas, o
B. ... *generalmente no las cumple?*
64. Si alguien te pide que hagas algo que tú no quieres hacer, ...
A. ... *¿te pones furioso, o* B. ... *no le haces caso?*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

65. ¿Qué te gusta más, ...
A. ... jugar con niños mayores que tú, o
B. ... con niños más pequeños que tú;
66. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... ser profesor, o
B. ... ser médico?
67. Si María es hija de mi padre, ¿qué es María ...
A. ... mi madre, o
B. ... mi hermana?
68. ¿Eres tan guapo como tus compañeros de clase?
A. Sí, o
B. ... No
69. A. ¿Te salen bien casi todas las cosas que intentas, o
B. ... generalmente te salen mal?
70. A. ¿Te van bien las cosas, o
B. ... tienes muchos problemas?
71. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... cazar pájaros, o
B. ... dibujar pájaros?
72. Cuando discutes con alguien, ...
A. ¿te das cuenta a veces de que estás equivocado, o
B. ... tienes casi siempre la razón?
73. Tu madre piensa, ...
A. ¿qué eres bueno casi siempre, o
B. ... que eres bueno muy pocas veces?
74. ¿La gente suele decir que eres presumido?
A. Sí, o
B. ... no
75. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... subir a un árbol, o
B. ... mirar un libro?
76. ¿Qué te gustaría más leer, ...
A. ... revistas de risa, o
B. ... revistas de guerra?
77. ¿Qué te gustan más, ...
A. ... los gatos, o
B. ... los perros?
78. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... jugar con otros haciendo ruido, o
B. ... mirar un libro tú solo?
79. En el colegio, ...
A. ¿contestas rápidamente, o
B. ... los otros contestan antes que tú?
80. De qué prefieres hablar con tus padres, ...
A. ... de las clases del colegio, o
B. ... de los juegos con tus amigos?

(FIN DE LA PRIMERA PARTE)



ESPQ A2

1. ¿Sueles dar malas contestaciones a tu madre?
A. *Si, o* B. ... *No.*
2. Un cuadro bello es...
A. *¿bonito, o* B. ... *feo*
3. A. *¿Sabes leer bien, o* B. ... *la mayor parte de los niños leen mejor que tú?*
4. ¿Conoces niños tan callados que no es divertido jugar con ellos?
A. *Si, o* B. ... *No.*
5. ¿Sientes ganas de llorar cuando ves algo triste en una película?
A. *Si, o* B. ... *No.*
6. ¿A qué te gusta más jugar, ...
A. ... *a maestros y alumnos, o* B. ... *a policías y ladrones?*
7. ¿Qué te gusta más, ...
A. *¿hacer las cosas tú mismo, o* B. ... *escuchar lo que otros niños han hecho?*
8. Cuando pierdes un juego, ...
A. *¿te quedas triste, o* B. ... *te enfureces?*
9. ¿Crees que los demás hablan mal de ti cuando no estás?
A. *Si, o* B. ... *No.*
10. ¿Haces a veces cosas que no debieras hacer?
A. *Si, o* B. ... *No.*
11. ¿Qué te gustaría más, ...
A. *escuchar historias de osos, o* B. ... *poderlos ver tú mismo?*
12. Cuando te ponen una inyección, ...
A. *¿sientes mareos algunas veces, o* B. ... *nunca sientes mareos?*
13. A. *¿Te gustaría que todo lo del colegio no fuera tan fastidioso, o* B. ... *está bien como está?*
14. Normalmente, ...
A. *¿terminas las tareas a tiempo, o* B. ... *necesitas más tiempo?*
15. Si otros no quieren hacer lo mismo que tú, ...
A. *¿te enfureces, o* B. ... *haces lo que ellos quieren?*
16. A. *¿Haces tú algún trabajo o compra para la casa, o* B. ... *lo hacen siempre tus padres?*

17. ¿Qué prefieres, ...
A. ... *jugar con otros niños, o*
18. ¿Qué es un clavel, ...
A. ... *un árbol, o*
19. Un caballo veloz, ¿es un caballo ...
A. *rápido, o*
20. ¿Piensa el profesor que tú molestas en clase?
A. *Sí, o*
21. ¿Dice la gente que algunas veces eres malo y travieso?
A. *Sí, o*
22. ¿Qué te gusta más, ...
A. *Sí, o*
23. Los demás hacen las cosas,
A. *¿mejor que tú, o*
24. Cuando no tienes clase, ¿cuánto te acuerdas del colegio, ...
A. ... *mucho, o*
25. las tareas escolares te parecen, ...
A. *¿demasiado difíciles, o*
26. ¿Qué prefieres, ...
A. ... *construir cosas con tus amigos, o*
27. ¿Qué prefieres leer, ...
A. *revistas, o*
28. Si tu madre te prohíbe algo, ¿te entran ganas de hacerlo?
A. *Sí, o*
29. ¿Qué te gusta más, ...
A. ... *correr, o*
30. ¿A los demás les cuesta trabajo entender lo que dices?
A. *Sí, o*
31. Cuando te haces daño, ...
A. *¿a veces lloras, o*
32. Normalmente, ...
A. *¿sueles colocar la ropa en su sitio al acostarte, o*
- B. ... *entretenerte con un rompecabezas?*
- B. ... *una flor?*
- B. ... *lento?*
- B. ... *No.*
- B. ... *No*
- B. ... *No.*
- B. ... *peor que tú?*
- B. ... *poco?*
- B. ... *demasiado fáciles?*
- B. ... *hacerlas tú solo?*
- B. ... *libros de la escuela?*
- B. ... *No.*
- B. ... *estar sentado quieto?*
- B. ... *No*
- B. ... *intentas olvidarlo?*
- B. ... *la dejas en cualquier parte?*

33. ¿Con quién prefieres hablar, ...
A. *con tu padre, o* B. *... con tu madre?*
34. ¿Qué tiene siempre un coche, ...
A. *... una radio, o* B. *... un motor?*
35. Con la seda se hace ...
A. *... una tela, o* B. *... un papel?*
36. ¿Tu madre te dice que tardas mucho en hacer las cosas?
A. *Sí, o* B. *... No.*
37. Los niños del colegio, ...
A. *¿son siempre buenos contigo, o* B. *... a veces se meten contigo?*
38. ¿Te gusta subirte a los árboles?
A. *Sí, o* B. *... No.*
39. ¿Sueles hacer ...
A. *... lo que quieren los demás, o* B. *... lo que tú quieres?*
40. ¿Se te dan bien ...
A. *... todas las cosas, o* B. *... solo unas pocas?*
41. A. *¿Estás cansado siempre, o* B. *... casi nunca?*
42. Cuando te hacen alguna burla, ...
A. *¿lo olvidas pronto, o* B. *... te cuesta trabajo olvidarlo?*
43. ¿Qué te gustaría más, ...
A. *escuchar un cuento, o* B. *... ver una pelea de perros?*
44. ¿A quién prefieres acariciar, ...
A. *... a un perro, o* B. *... a un gato?*
45. ¿Eres bueno ...
A. *porque te gusta serlo, o* B. *... porque te castigarían si fueses malo?*
46. A. *¿Estás a gusto con niños más pequeños que tú, o* B. *... no quieres estar con ellos?*
47. Cuando alguien de la familia tiene un disgusto, ¿te asustas tú?
A. *Sí, o* B. *... No.*
48. Cuando tu madre te llama por la mañana, ...
A. *¿tardas un rato en levantarte, o* B. *... lo haces inmediatamente?*

49. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... hacer una obra de teatro, o **B. ... hacer trabajos manuales?**
50. María es mayor que Elena. Elena es mayor que Alicia, ¿quién es mayor, ...
A. ... María, o **B. ... Alicia?**
51. ¿Cuál de los siguientes objetos sirve para vestirse, ...
A. ... unas gafas, o **B. ... unos pantalones?**
52. ¿Tus trabajos escolares, son ...
A. mejores que los de casi todos los niños, o **B. ... peores que los de casi todos los niños?**
53. **A. ¿Crees que te ocurren muchas cosas desagradables, o** **B. ... nunca te ocurren esas cosas?**
54. ¿Qué te gustaría más, ...
A. mirar los dibujos de un libro, o **B. ... hacer alguna cosa con madera?**
55. ¿Qué te gustaría más, ...
A. ... jugar un partido de fútbol, o **B. ... hacer volar una cometa?**
56. **A. ¿Eres más fuerte que los otros niños, o** **B. ... los otros son más fuertes que tú?**
57. El tiempo que estás en el colegio, ¿te parece ...
A. demasiado largo, o **B. ... demasiado corto?**
58. **A. ¿Normalmente te lo pasas bien, o** **B. ... a veces te salen mal las cosas?**
59. ¿Qué prefieres, ...
A. ... la música fuerte y ruidosa, o **B. ... la música suave?**
60. Cuando está oscuro, ¿los animales o cosas ...
A. ... te asustan mucho, o **B. ... no te dan miedo?**
61. ¿Te gustaría pasar una noche de campamento?
A. Sí, o **B. ... No.**
62. Cuando pierdes un libro, ...
A. ¿te da por llorar, o **B. ... lo tomas a broma?**
63. **A. ¿Tienes mucha energía, o** **B. ... no tienes mucha energía?**
64. Si uno de tus amigos no cumple una promesa, ...
A. ¿te enfadas con él, o **B. ... lo perdonas?**

65. ¿Qué te gustaría más ser, ...
A. ... un mecánico, o B. ... un actor?
66. ¿Qué te gustaría más, ...
A. tener un nuevo hermanito para jugar con él, o B. ... un perrito para divertirlo?
67. Pedro es más alto que Juan. Juan es más alto que Carlos. ¿Quién es más bajo, ...
A. ... Pedro, o B. ... Carlos?
68. ¿Te sientes feliz y contento, ...
A. la mayor parte del tiempo, o B. ... casi nunca?
69. ¿Qué sueles hacer cuando estás nervioso, ...
A. te quedas quieto, o B. ... andas de una parte a otra?
70. A. ¿Sueles estar sentado durante mucho tiempo, o B. ... prefieres estar haciendo algo?
71. ¿Qué te gustaría más, ...
A. cazar animales salvajes, o B. ... coleccionar cromos de animales?
72. ¿Qué te gustaría más, ...
A. jugar con otros niños, o B. ... construir alguna cosa tú solo?
73. Si en el colegio te pusieran unas tareas más difíciles, ...
A. las harías, o B. ... no las harías?
74. Cuando estás aprendiendo algo nuevo, ...
A. ¿te sientes nervioso, o B. ... estás contento?
75. A. ¿Te metes en peleas algunas veces, o B. ... te alejas de ellas?
76. Cuando tú comienzas a decir algo. ¿las personas mayores ...
A. te escuchan siempre, o B. ... continúan hablando?
77. A. ¿Hay días en que todo te sale mal, o B. ... estás siempre contento?
78. Cuando quieres decir algo, ...
A. ¿lo dices inmediatamente, o B. ... te lo piensas primero?
79. A. ¿Tienes siempre buena suerte, o B. ... mala suerte?
80. Cuando se acerca la hora del recreo, ...
A. ¿puedes esperar tranquilamente para salir, o B. ... estás impaciente por salir?

CPQ (A)

PRIMERA PARTE INSTRUCCIONES

En esta prueba, vas a encontrar una serie de frases o preguntas sobre lo que haces y lo que piensas. La mayoría de las preguntas tienen dos contestaciones; delante de ellas están las letras "A" y "B". En estos casos, deberás leer cada pregunta y elegir la respuesta que esté más de acuerdo con tu manera de pensar y de hacer las cosas. Después, te fijas en la letra que lleva delante y la marcas en la Hoja de respuestas.

Fíjate en el siguiente ejemplo para que entiendas mejor lo que tienes que hacer:

EJEMPLO X:

¿Qué preferirías hacer?

- A. ver una película policíaca
- B. jugar en la calle con tus amigos

En este ejemplo, si te gustase más "ver una película policíaca", tendrías que marcar la letra A en la Hoja de respuestas. En cambio, si prefieres "jugar en la calle con tus amigos", tendrías que marcar la letra B. Ahora, marca tu contestación en el ejemplo X de la Hoja.

Encontrarás algunas preguntas que tienen tres contestaciones, con las letras "A", "B" y "C". En estos casos, deberás elegir la contestación que consideres correcta y marcar, en la Hoja de Respuestas, la letra que lleve delante. Fíjate en este ejemplo:

EJEMPLO Y:

¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás: verde, rojo, grande, amarillo?

- A. verde
- B. grande
- C. amarillo

La respuesta correcta es grande, porque las otras palabras: "verde", "amarillo" y "rojo" tienen relación entre sí, por ser las tres nombres de colores. Como "grande" tiene delante la letra B, deberás marcar esa letra en la Hoja de respuestas. Hazlo tú mismo.

Algunas preguntas no estarán hechas de la forma que a ti te gustaría; sin embargo, deberás contestar a todas y con mucha sinceridad.

No te detengas demasiado en ninguna pregunta, contéstala y pasa enseguida a la siguiente.

Recuerda que tienes que contestarlas todas; pero solamente puedes elegir una respuesta de las dos o tres que hay.

Es muy importante que comprendas bien lo que debes hacer. Si tienes alguna dificultad, pregunta ahora. Si te equivocas, borra la señal que habías hecho y marca la respuesta que consideres correcta. Ten cuidado de que el número de cada pregunta coincida con el número que marcas en la Hoja de respuestas; de lo contrario, todo estaría mal. Tienes todo el tiempo que necesites para realizar esta prueba; pero trabaja de prisa, sin detenerte demasiado en cada pregunta.

NO PASES A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE TE LO INDIQUEN

1. Cuando visitas un edificio que no conoces, prefieres,
 A. que alguien te lo enseñe
 B. verlo por tu cuenta
2. Normalmente significa lo mismo que,
 A. generalmente
 B. pocas veces
 C. siempre
3. En el colegio te encuentras,
 A. nervioso y a disgusto
 B. feliz y contento
4. Hablar a tus padres con mal genio, es algo que tu,
 A. haces algunas veces
 B. crees que está mal hacerlo
5. Tu profesor piensa que en clase eres un alumno que,
 A. está sentado sin moverse
 B. te mueves demasiado
6. Cuando tus amigos discuten,
 A. intervienes en la discusión
 B. te quedas callado hasta que terminan
7. ¿A dónde irías más a gusto?
 A. al cine
 B. a la iglesia
8. Crees que,
 A. trabajas tan bien como debes
 B. podrías hacerlo mejor
9. ¿Qué historias te gustan más?, las que cuentan
 A. batallas contra indios
 B. cómo los indios hacen sus vestidos
10. Cuando oyes un ruido fuerte,
 A. te asustas
 B. no le das importancia
11. ¿Qué te gustaría más?
 A. pescar sin ayuda de otros
 B. jugar con otros niños
12. Cuando dices "te apuesto que tengo razón", sueles
 A. tener razón
 B. estar equivocado
13. La vida de colegio es,
 A. dura
 B. agradable
14. En tus tareas escolares,
 A. te olvidas con frecuencia de las cosas
 B. Estas seguro de recordar las cosas
15. Cuando un chico se ríe de ti,
 A. te asienta mal
 B. te ríes tú también
16. El pie es a la pierna, lo que la mano es,
 A. A la muñeca
 B. al dedo
 C. Al brazo
17. En los juegos del patio,
 A. Sueles estar más bien parado
 B. corres mucho
18. Cuando alguien hace las cosas con lentitud, esto
 A. Te molesta
 B. no te molesta
19. ¿Qué te gustaría más?
 A. Cazar mariposas
 B. dibujar mariposas
20. Los juguetes,
 A. Los compras tú mismo
 B. te los compra tu madre
21. Haces lo que está mandado,
 A. Siempre
 B. sólo cuando alguien te ve
22. Tus sentimientos,
 A. Son heridos fácilmente
 B. No son heridos fácilmente
23. ¿Qué te gustaría más?
 A. Coleccionar sellos
 B. jugar al fútbol o al baloncesto
24. Si otros quisieran que hicieras algo que tú no quieres
 A. Te enfadarías
 B. harías lo que ellos quieren
25. Si fueras un animal salvaje, preferirías ser un,
 A. León
 B. caballo veloz
26. La mayoría de las cosas,
 A. Tú las puedes hacer bien
 B. los demás las pueden hacer mejor que tú
27. ¿Qué preferirías?
 A. Ir al colegio
 B. trabajar en casa
28. Cuando sueñas
 A. Los animales te persiguen
 B. pasan cosas agradables

29. Tu madre piensa que eres,
 A. demasiado activo e inquieto
 B. tranquilo
30. El número que vendría después de: 7, 5, 3..., es,
 A. 9
 B. 1
 C. 0
31. Piensas que podrías hacer bien,
 A. casi todas las cosas
 B. muy pocas cosas
32. En tu familia,
 A. estás feliz y contento
 B. tienes problemas
33. ¿Con quién prefieres hablar?
 A. con tu profesor
 B. con un buen amigo
34. Si dos chicos se estuvieran peleando en el patio
 A. dejarías que se pelearan
 B. irías a decirles al profesor
35. Si comienzas una tarea y te resulta difícil,
 A. la dejas
 B. continúas trabajando
36. Los profesores nuevos
 A. te dan miedo
 B. generalmente te gustan
37. ¿Qué te gustaría más?
 A. montar en bicicleta
 B. escuchar música
38. Tus profesores
 A. te ríen
 B. están contentos contigo
39. Las personas mayores
 A. siempre están dispuestas a escucharte
 B. se enfadan cuando hablas
40. En clase,
 A. puedes levantarte fácilmente para preguntar
 B. te da vergüenza hacerlo
41. ¿Qué preferirías?
 A. leer libros divertidos
 B. hacer ejercicios de aritmética
42. Cuando algún pequeño problema te molesta,
 A. te enfadas tanto que quieres tirar cosas
 B. no pierdes la calma
43. Hazlos los trabajos,
 A. Despacio
 B. de prisa
44. ¿Qué palabra no tiene relación con las demás?
 A. Templado
 B. frío
 C. Mojado
45. Crees que,
 A. Sonríes mucho
 B. no sonríes mucho
46. Si la gente te empuja en el autobús
 A. Te sonríes
 B. te enfadas
47. ¿Qué te gustaría más ahora?
 A. Tener cosas aquí delante
 B. escuchar cuentos sobre cosas
48. ¿Qué te gustaría más?
 A. Trabajar con libros en la biblioteca
 B. ser general del ejército (o director o jefe)
49. Cuando te llame tu madre
 A. Tardas un rato en ir
 B. vas inmediatamente
50. La mayoría de los chicos
 A. Son amables contigo
 B. algunas veces no te tratan bien
51. ¿Qué te gustaría más?
 A. Leer un libro
 B. jugar con la pelota
52. Si a alguien se le ocurre una idea nueva
 A. Dices que te parece bien
 B. esperas hasta estar seguro
53. Los cuentos largos
 A. Te gustan
 B. te cansan
54. Tus planes
 A. Con frecuencia no se realizan
 B. se cumplen
55. Si tienes que hacer dos cosas, ¿qué harías primero?
 A. Ayudar a lavar los platos
 B. ver la televisión
56. Cuando tienes prisa,
 A. Dejas tu ropa ordenada, a pesar de todo
 B. la dejas de cualquier manera

57. Tienes,

- A. muchos amigos y amigas
- B. sólo unos pocos y buenos

58. Si el tío de María es mi padre,
¿qué parentesco tiene conmigo la hermana de María?

- A. prima
- B. sobrina
- C. tía

59. En tu grupo,

- A. es otro el jefe
- B. eres tú quien dirige

60. La gente dice que,

- A. gritas cuando te enfadas
- B. tienes paciencia

61. En la forma de hacer las cosas, crees que,

- A. tu madre las hace siempre mejor
- B. algunas veces las haces tú mejor

62. ¿Qué te gustaría ser?

- A. bailarín
- B. explorador

63. Si sabes la respuesta 70. Cuando tu madre te llama por la mañana

- A. levantas la mano
- B. esperas a que te pregunten

64. Tus padres,

- A. Están siempre dispuestos a escucharte
- B. algunas veces están demasiado ocupados

65. En un juego, preferirías ser un,

- A. piloto de carreras
- B. escritor famoso

66. Si te gustan una broma pesada,

- A. Te ríes
- B. te enfadas un poco.

67. El colegio

- A. Te gustaría que no fuera tan aburrido
- B. está bien tal como es

68. La gente piensa que cometes,

- A. Muchos errores
- B. pocos errores

69. Cuando estás leyendo

- A. Te cuesta concentrarte en lo que lees
- B. puedes leer con atención hasta el final

- A. Te levantas inmediatamente
- B. te cuesta mucho levantarte

FIN DE LA PRUEBA

SI TE HA SOBROADO TIEMPO, REPASA LO QUE HAS HECHO EN ESTA PRIMERA PARTE

NO PASES A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE TE LO INDIQUEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO

MARCA TODAS LAS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE
RESPUESTAS

SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES

En esta Segunda Parte vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que haces y lo que piensas, parecidas a las que has contestado ya en la Primera Parte.

Deberás contestar de la misma manera que antes. Si no te acuerdas, fíjate en los ejemplos que aparecen en las instrucciones de la Primera Parte.

Algunas preguntas no estarán hechas de la forma que a ti te gustaría; sin embargo, deberás contestarlas todas con mucha sinceridad.

No te detengas demasiado en ninguna pregunta, contéstala y pasa enseguida a la siguiente.

Recuerda que tienes que contestarlas todas, pero solamente puedes elegir una respuesta de las dos o tres que hay.

Es muy importante que comprendas bien lo que debes hacer. Si tienes alguna dificultad, pregunta ahora. Tienes todo el tiempo que necesites para realizar esta prueba; pero trabaja de prisa, sin detenerte demasiado en ninguna pregunta.

NO PASES A LA SIGUIENTE PÁGINA HASTA QUE TE LO INDIQUEN

71. Generalmente,
- terminas enseguida las tareas escolares
 - te llevas demasiado tiempo
72. Recoger, es lo contrario de,
- esparcir
 - reunir
 - ahorrar
73. Las personas mayores piensan que eres,
- braviso y malo
 - bien educado
74. Si está mal hacer algo,
- algunas veces lo haces, a pesar de todo
 - no lo haces
75. ¿Qué te gustaría más?
- ser profesor de un colegio
 - ser un gran cazador
76. Cuando la gente habla y ríe,
- puedes trabajar
 - te gustaría que hubiese silencio
77. Si un perro estuviese ladrándote,
- gritarías ¡cállate!
 - dirías "está intentando ser un buen perro"
78. Cuando tienes preocupaciones,
- las olvidas enseguida
 - te duran mucho tiempo
79. Si ves un escombrazo,
- te atreves a tocarlo
 - te desagradaría tocarlo
80. En cuanto a tu aspecto,
- te gustaría ser más atractivo
 - crees que ya eres atractivo
81. ¿Qué preferirías leer?
- cuentos cortos
 - un libro de muchas páginas
82. La mayoría de las cosas que intentas,
- las terminas con éxito
 - te salen mal con frecuencia
83. Si un compañero te dice una palabra insultante,
- ríes con él
 - haces como que no te importa
84. Al oír un ruido grande,
- te asustas
 - sólo miras a ver que pase
85. Cuando vas perdiendo en un partido,
- A veces lo dejas, y así te ahorras energías
 - entonces juegas con más ardor
86. Escuchar es a oír, como mirar es a,
- Pasear
 - darle cuenta
 - ver
87. Piensas que,
- Casi todos hacen los trabajos mejor que tú
 - tú los haces tan bien como cualquiera
88. El profesor
- Dice que eres descuidado y desordenado
 - ruidas lo dice
89. En el patio de recreo,
- Alborotas mucho
 - Juegas tranquilamente sin hacer mucho ruido
90. Piensas que
- Podrías aprender a pilotar un avión
 - sería demasiado difícil
91. Al volver a tu casa,
- vas directamente
 - te entretienes por el camino
92. A la hora de elegir los juegos,
- Te cuesta mucho decidirte
 - eliges enseguida
93. ¿Qué preferirías?
- Ir al colegio
 - hacer un largo viaje en coche
94. Si estuvieras en lo más alto de una gran roca,
- estarías asustado
 - te gustaría mirar el paisaje
95. Cuando los otros cometen errores,
- te ríes de ellos
 - no te ríes
96. ¿Qué preferirías que te llamaran?
- Inteligente y listo
 - amable y bueno
97. ¿Qué preferirías?
- Aprender una lección en el colegio
 - ver jugar a otro
98. Cuando hablan de un lugar que tú conoces bien,
- Te pones a decir cosas sobre ese lugar
 - estás callado hasta que terminen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

99. Si el profesor encarga a otro alumno una tarea que quieres hacer tú
- A. te sienta mal
B. lo olvidas enseguida
100. El número que vendría después de: 12, 9, 6, ..., es,
- A. 4
B. 3
C. 5
101. Puedes convencer a tus amigos para que acepten tus planes,
- A. fácilmente
B. con dificultad
102. Si la gente te "da lata"
- A. lo tomas a broma
B. te enfadas
103. ¿Qué preferirías?,
- A. escribir un libro
B. ser el actor principal de una obra de teatro
104. Cuando camines por encima de una tapia o tronco,
- A. lo haces bien
B. otros lo hacen mejor que tú
105. Cuando están preparados los regalos de Reyes,
- A. intentas abrirlos antes de tiempo
B. esperas hasta el momento debido
106. Ordinariamente,
- A. tienes miedo de las cosas que puedan pasarte
B. estás contento de las cosas tal como están
107. ¿Qué preferirías ser?,
- A. veterinario (especialista en animales)
B. pianista
108. ¿Tienes mareos?
- A. sí
B. no
109. Eres bueno, porque,
- A. te gusta ser bueno
B. podrías tener problemas si fueras malo
110. Crees que,
- A. te van bien las cosas
B. tienes muchos problemas
111. Para que tu habitación esté limpia y ordenada, prefieres,
- A. que se encargue de ello otra persona
B. encargarte de ello tú mismo
112. Si la comida no te gusta,
- A. te quejas
B. te la comes, sin quejarte
113. Piensas que los demás chicos
- A. se aprovechen de ti
B. son amables contigo
114. ¿Cuál de las palabras no tiene relación con las demás?
- A. correr
B. volar
C. sentarse
115. Si te perdieras,
- A. Sabrías que hacer
B. te asustarías
116. En clase,
- A. Estás sentado sin moverte
B. te gusta moverte mucho
117. Cuando te regalen algún juguete nuevo,
- A. Te gusta probarlo tú mismo
B. dejas que alguien te enseñe a usarlo
118. Preferirías tener un perro,
- A. Pequeñito y cariñoso
B. grande y fuerte
119. Cuando tu madre está enfadada contigo,
- A. Es por culpa de ella
B. piensas que eres tú quien tiene la culpa
120. Cuando estas haciendo algo
- A. Suele ayudarte tu padre
B. no te gusta molestarle si está ocupado
121. Cuando oyes historias tristes
- A. Te dan ganas de llorar
B. no te hacen efecto
122. Cuando tratas con los demás
- A. Te prestan suficiente atención
B. haces algo para que te hagan caso
123. La gente prefiere a los que
- A. Son buenos
B. dicen chistes ingeniosos
124. Tu madre dice que,
- A. Hablas demasiado
B. eres callado y tranquilo
125. ¿Te gusta estar con niños pequeños?
- A. Sí
B. no
126. Si tus amigos usan tus cosas sin pedirte las,
- A. No te parece mal
B. te enfadas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

127. ¿Le gustan tus ideas a la gente?
- A. sí
 - B. no
128. Tomás es más joven que Carlos. Juan es más joven que Tomás. El mayor es,
- A. Carlos
 - B. Juan
 - C. Tomás
129. Cometas,
- A. muchos errores
 - B. muy pocas
130. Te sientes desilusionado,
- A. con frecuencia
 - B. casi nunca
131. Si el profesor te riñese muy duramente,
- A. llorarías al contárselo a tu madre
 - B. te reírías al contárselo
132. ¿Qué preferirías ser?,
- A. capitán de un yate de recreo
 - B. capitán de un submarino en la guerra
133. Si alguien te pide ayuda en un examen,
- A. no se la das, para que lo haga él solo
 - B. le ayudas, si el profesor no está mirando
134. Si te piden que hagas demasiadas cosas,
- A. Encuentras la manera de hacerlas
 - B. te pones nervioso y te armas un lío
135. ¿Qué preferirías ser?,
- A. Piloto de nave espacial
 - B. Artista
136. Al levantarte por la mañana, temprano
- A. Ya estás de buen humor
 - B. estás aún cansado y con sueño
137. Preferes un profesor,
- A. Que te deje salir con la tuya
 - B. que sea exigente
138. Cuando una tarea es demasiado difícil,
- A. Te das por vencido y la dejas
 - B. sigues intentando resolverla
139. Cuando te gastan una broma
- A. Te enfadas mucho
 - B. lo tomas con calma
140. Si estuvieras enfadado,
- A. Te irías sin decir nada a tu habitación
 - B. darías un portazo al salir

FIN DE LA PRUEBA

REPASA LO QUE HAS HECHO PARA COMPROBAR QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES

Estamos seguros de que tienes un verdadero interés en conocerte un poco mejor a ti mismo. Pues, bien, si contestas con sinceridad a las preguntas que encontrarás en las páginas siguientes, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

No hay respuestas buenas y malas. Señala tu respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de "SI", "NO" o "?", según prefieras.

Por ejemplo, en la pregunta:

96c SI NO ? - ¿Haces amigas con facilidad?

Si respondes afirmativamente, rodearás el SI con un círculo.

Debes responder siempre que te sea posible "SI" O "NO" y únicamente rodearás la interrogación en aquellos casos en que estés completamente segura de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procura contestar el cuestionario tan rápidamente como te sea posible. Si no vives en casa de tus padres, las preguntas que hagan referencia al hogar contéstalas en relación a las personas con las que convivas.

Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te lo aclararemos, pero, por favor, no te muevas del sitio ni distraigas a tus compañeros.

Ahora escribe aquí tu NOMBRE y tus APELLIDOS: _____

Edad _____, Colegio _____

¿Qué estudias actualmente? _____, Fecha de hoy _____

Aquí debajo no tienes que escribir nada.

S	P	D	R
A			
B			
C			
D			

Administrada por: _____ Evaluado por: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1d SI NO ?	¿Te gusta "soñar despierta" con frecuencia? (Es decir, si te gusta dejar correr tu fantasía)	23b SI NO ?	¿Tienes frecuentemente dolores de cabeza?
2b SI NO ?	¿Te resultas con bastante más facilidad que otras personas?	24a SI NO ?	¿Las relaciones que tienes con tu padre son generalmente cordiales?
3c SI NO ?	¿Te gusta acudir a sitios donde hay muchas personas, preferiblemente para poder estar con otras personas?	25b SI NO ?	¿Tienes a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruidos a tu alrededor que puedan molestarte?
4d SI NO ?	¿Te produce una especie de inquietud interior el hecho de que tengas que ir a la consulta de un médico para que diagnostique qué es lo que te pasa?	26c SI NO ?	¿Cuando vas en un autobús o en un tren, ¿entablas alguna vez conversación con los otros viajeros?
5c SI NO ?	¿Cuando vas a alguna reunión te gusta acercarte a alguna de las personas más importantes que asisten a la misma?	27b SI NO ?	¿Te sientes frecuentemente muy cansada al finalizar el día?
6b SI NO ?	¿Son tus ojos muy sensibles a la luz? (Es decir, si te deslumbras o se te irritan los ojos fácilmente)	28d SI NO ?	¿Pensar en la posibilidad de que se desencadene un terremoto o un incendio ¿te produce como un nerviosismo interior?
7a SI NO ?	¿Has sentido alguna vez un fuerte deseo de marcharte de casa?	29b SI NO ?	¿Has perdido peso durante los últimos meses?
8c SI NO ?	¿Cuando estás en una reunión o con un grupo de amigas, ¿te gusta ser la encargada de presentar unas a otras?	30a SI NO ?	¿Alguno de tus padres te obliga a que le obedezcas, te mande lo que te mande?
9a SI NO ?	¿Tienes a veces la impresión de que has sido una discípula para tus padres?	31c SI NO ?	¿Te resulta fácil solicitar ayuda de otras personas?
10d SI NO ?	¿Tienes tendencia a estar frecuentemente abstraída? (Es decir, "en la luna")	32a SI NO ?	¿Ha ocurrido alguna enfermedad o muerte a alguno de tus familiares más cercanos, por lo que la vida de tu hogar sea ahora triste?
11b SI NO ?	¿Has tenido alguna vez sermón?	33b SI NO ?	¿Has sufrido alguna herida o lesión importante a consecuencia de algún accidente?
12c SI NO ?	¿Te pasa a menudo que te resulta muy difícil acordarte de aquella frase, anécdota o chiste que encajaría perfectamente en el curso de la conversación que estás teniendo con un grupo de amigos?	34a SI NO ?	¿En tu casa pases por dificultades económicas hasta el punto de que el ambiente que se respira en tu hogar es de preocupación?
13a SI NO ?	¿Te resulta poco agradable tener que decir cuál es la profesión u ocupación que desempeña tu padre?	35d SI NO ?	¿Se te saltan las lágrimas con facilidad?
14b SI NO ?	¿Has padecido alguna vez de escarlatina o de difteria? (si no te acuerdas, lo más seguro es que no has padecido estas enfermedades)	36c SI NO ?	¿Te consideras una persona tímida y quisieras no serlo?
15c SI NO ?	¿Has tomado a veces la iniciativa para animar alguna reunión?	37a SI NO ?	¿Alguno de tus padres te ríe frecuentemente por tu mala conducta?
16a SI NO ?	¿Es tu madre una persona bastante dominante?	38b SI NO ?	¿Has sufrido alguna operación quirúrgica importante?
17d SI NO ?	¿Te ha parecido alguna vez como si alguien te hubiera influido o hipnotizado y te hiciera actuar en contra de tus deseos? (si no entiendes bien esta pregunta es porque no te ha sucedido esto)	39c SI NO ?	¿Te sientes segura de ti misma cuando se te sugiere que seas tú la que lance una idea para que sirva de tema de discusión entre un grupo de compañeros?
18c SI NO ?	¿Te ofrecen tus padres frecuentemente sin que les hayas dado motivo para ello?	40d SI NO ?	¿Cuando has visto una serpiente, ¿has sentido interiormente una intensa sensación de pánico?
19c SI NO ?	¿Te pones nerviosa cuando tienes que entrar en un salón de actos u otro sitio donde se celebra una asamblea y cuando tú llegas ya está todo el mundo sentado?	41a SI NO ?	¿Te dicen frecuentemente tus padres que no les gusta la clase de amigas que tienes?
20d SI NO ?	¿Te sientes a menudo como si estuvieras sola aún cuando te encuentras con otras personas?	42d SI NO ?	¿Pierdes a menudo las cosas por no prestar atención en dónde las dejas?
21c SI NO ?	¿Te parece a ti que en tu casa debía de existir un poco más de comprensión y de afecto?	43b SI NO ?	¿Tienes castigos frecuentemente?
22c SI NO ?	¿Te resulta difícil hablar sobre algún tema de tus estudios o aficiones ante tus compañeros?	44c SI NO ?	¿Te gusta ser la que trace los planes y tome la dirección de las actividades de un grupo de muchachas?
		45d SI NO ?	¿Te da miedo la oscuridad?
		46a SI NO ?	¿Se enoja contigo enseguida alguno de tus padres?
		47b SI NO ?	¿Padeces gripe con más frecuencia que la mayor parte de tus conocidas?
		48d SI NO ?	¿Te sientes desanimada a consecuencia de las malas notas que sacas en clase?
		49c SI NO ?	¿Te resulta difícil entablar conversación con una persona que te sacben de presentar?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

50b SI NO ?	¿Has tenido dos o más enfermedades importantes durante los últimos 10 años?	73d SI NO ?	¿Te sientes a menudo preocupada/a a causa de tus sentimientos de inferioridad?
51a SI NO ?	¿Está casi siempre en desacuerdo con la forma en que enfoca las cuestiones de casa alguno de tus padres?	74b SI NO ?	¿Te sientes como cascada la mayor parte de las horas del día?
52d SI NO ?	¿Te gustaría sentirte tan feliz y optimista como parecían estarlo otras personas de tu edad?	75d SI NO ?	¿Te consideras a ti misma más bien como una persona nerviosa?
53c SI NO ?	¿Te pasa a menudo que cuando te preguntan en clase te quedas cortada, sin saber qué contestar, a pesar de saber cuál es la respuesta, por culpa de ese nerviosismo que sientes cuando tienes que hablar en clase?	76c SI NO ?	¿Te gusta asistir a reuniones sociales?
54b SI NO ?	¿Te sientes a menudo molesta por perturbaciones en el funcionamiento de tu estómago o de tus intestinos?	77d SI NO ?	¿Te sientes a menudo disgustada/a a consecuencia de tu aspecto exterior?
55a SI NO ?	¿Se han producido más de una vez enfados entre tus familiares más cercanos, habiéndose dejado de hablar entre sí durante algunas semanas o incluso por más tiempo?	78a SI NO ?	¿Quieres más a tu madre que a tu padre?
56c SI NO ?	¿Te resulta fácil entablar amistad con muchachos de edad parecida a la tuya?	79b SI NO ?	¿Tienes frecuentemente cortas de digestión?
57d SI NO ?	¿Te desanimas fácilmente?	80c SI NO ?	Si desearas algo de una persona a la que apenas conoces, ¿preferirías solicitarlo mediante una nota o una carta, antes que ir a pedirlo personalmente?
58b SI NO ?	¿Sientes con frecuencia vértigos o bien padeces de ausencias? (quedarte como "encantada", sin darte cuenta de lo que pasa a tu alrededor).	81d SI NO ?	¿Te ruborizas con facilidad?
59a SI NO ?	¿Te peleas frecuentemente con tus hermanas o hermanos?	82a SI NO ?	¿Te ves obligada de vez en cuando a salirte o a marcharte a otra habitación con la finalidad de que haya paz y tranquilidad en tu hogar?
60d SI NO ?	¿Te lamentas a menudo de las cosas que haces?	83c SI NO ?	¿Te sientes empujeadita en presencia de personas a las que admiras, pero a las que apenas conoces?
61c SI NO ?	Si estás invitada a algún banquete, ¿preferirías abstenerse de pedir algo antes que pedirlo al camarero?	84b SI NO ?	¿Tienes frecuentemente anginas o laringitis?
62a SI NO ?	¿Crees que tus padres no se han dado cuenta de que eres lo suficiente mayor para que dejen de tratarte como a una niña?	85d SI NO ?	¿Tienes algunas veces un sentimiento como de perplejidad, presentándose las cosas como si fueran irrealas? (si no comprendes esta pregunta es porque no te sucede esto)
63b SI NO ?	¿Se te cansa la vista con facilidad?	86a SI NO ?	¿El comportamiento de uno de tus padres ha llegado en ocasiones a producirte verdadero miedo?
64d SI NO ?	¿Has sentido a veces miedo de caer cuando estás en un sitio alto?	87b SI NO ?	¿Tienes frecuentemente náuseas, vómito o diarreas?
65c SI NO ?	¿Has actuado en algunas ocasiones ante grupos de personas? (deportes, teatro, charlas, etc.)	88c SI NO ?	¿Has sido algunas veces jefe de algún grupo?
66b SI NO ?	¿Te sientes frecuentemente cansada cuando te levantas por la mañana? (a pesar de haber dormido un suficiente número de horas)	89d SI NO ?	¿Te sientes ofendida con facilidad?
67a SI NO ?	¿Te parece que tus padres son o han sido demasiado severos contigo?	90b SI NO ?	¿Generalmente padeces de estreñimiento?
68d SI NO ?	¿Te enfadas con facilidad?	91c SI NO ?	¿Algunas veces (más de 5) has cambiado de casa para no encontrarte con una persona?
69b SI NO ?	¿Has necesitado que te visiten los médicos con bastante frecuencia?	92a SI NO ?	¿Has tenido en ocasiones sentimientos contradictorios de afecto y de antipatía hacia una persona, por ejemplo, alguien de tu familia?
70c SI NO ?	¿Te resulta muy difícil hablar en público?	93c SI NO ?	Si llegas tarde a una reunión en la que hay mucha gente, ¿preferirás quedarte de pie o irte, antes que pasar adelante e irte y sentarte en los pocos sitios vacíos de las primeras filas?
71d SI NO ?	¿A menudo tienes la impresión de que eres una persona muy poco feliz?	94b SI NO ?	Durante tu infancia, ¿te ponías enferma con bastante frecuencia?
72a SI NO ?	¿Alguno de tus padres tiene costumbres o modales que te desagradan?	95d SI NO ?	¿Planes a menudo que tus proyectos se saldrán mal y te sientes preocupada por ello?
		96c SI NO ?	¿Haces amigos con facilidad?
		97a SI NO ?	¿Generalmente te comparas con la forma de pensar de tu madre?

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

95d SI NO ? ¿Con alguna frecuencia te recupe la idea de que la gente pueda leer tus pensamientos?	116c SI NO ? ¿Te pones azorado cuando algún profesor te pregunta de repente en clase?
99b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dificultad para respirar por la nariz?	118b SI NO ? ¿Te gusta cuidar minuciosamente de tu salud?
100c SI NO ? ¿Eres frecuentemente una de las muchachas a las que se presta más atención cuando te encuentras entre un grupo de personas?	120d SI NO ? ¿Te pones azorado con facilidad?
101a SI NO ? ¿Se pone colérico con facilidad alguno de tus padres?	121a SI NO ? ¿Estás en desacuerdo con tus padres acerca de la clase de estudios o profesión que te gustaría seguir o que ya sigues?
102b SI NO ? ¿Sientes de vez en cuando como pinchazos fuertes en la cabeza?	122c SI NO ? ¿Te resulta difícil mantener una conversación con una persona a la que apenas conoces?
103a SI NO ? Generalmente, ¿han estado siempre bien cubiertas en tu casa todas las necesidades materiales?	123d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿te quedas muy preocupada durante bastante tiempo?
104c SI NO ? ¿Prefieres tener unas pocas buenas amigas en vez de muchas amigas corrientes?	124b SI NO ? ¿Faltas a clase con cierta frecuencia por encontrarte enferma?
105a SI NO ? ¿Responde tu padre al ideal que tú te has forjado de lo que debe ser un caballero?	125d SI NO ? ¿Algunas veces te has asustado mucho por algo que ya de antemano sabías que era inofensivo? (una sombra, un portazo, etc.)
106d SI NO ? ¿Te resulta molesto darte cuenta de que la gente te observa cuando vas por la calle?	126a SI NO ? ¿Alguno de tus padres es muy nervioso?
107b SI NO ? ¿Eres más pequeña de estatura de lo que suele ser normal a tu edad?	127c SI NO ? ¿Te gusta asistir a fiestas y reuniones a las que acuden muchas personas?
108a SI NO ? ¿Alguno de tus padres critica frecuentemente tu aspecto exterior, hasta el punto de haberte sentido molesta por ello?	128d SI NO ? ¿Tienes algunos dientes o muelas que tú crees necesitan ser revisados por un dentista?
109d SI NO ? ¿Te resulta muy desagradable que te hagan reproches?	129b SI NO ? ¿Te sientes segura de ti misma cuando tienes que hablar ante la clase?
110c SI NO ? ¿Te sientes azorado al, cuando estás entre un grupo de personas, tienes que pedir permiso para marcharte?	130c SI NO ? ¿Te parece que alguno de tus padres ejerce sobre ti un dominio excesivo?
111b SI NO ? ¿Te sientas frecuentemente a la mesa sin tener apetito?	131a SI NO ? ¿Te dan a menudo las ideas tantas vueltas por la cabeza que te impiden dormir normalmente?
112a SI NO ? ¿Se han separado tus padres durante algún tiempo?	132d SI NO ? ¿Tienes alibajos de humor sin una razón aparente?
113d SI NO ? ¿Te encuentras a menudo como si sintieras por dentro una especie de nerviosismo?	133b SI NO ? ¿Has tenido alguna enfermedad o dolencia del corazón, de los pulmones o de los riñones?
114c SI NO ? Cuando estás con otras personas de tu edad, ¿tienes a ocupar un segundo plano?	134a SI NO ? ¿Tienes frecuentemente la impresión de que tus padres no te comprenden bien?
115b SI NO ? ¿Usas o has tenido que usar durante algún tiempo gafas?	135c SI NO ? Cuando el profesor pide voluntarios para dar las lecciones, ¿generalmente no te levantas porque empiezas a dudar sobre si contestarás bien o no?
116d SI NO ? ¿Te vienen a veces a la cabeza pensamientos absurdos que no te puedes quitar de la imaginación, a pesar de que tú misma te das cuenta de su absurdidad?	136d SI NO ? ¿Te produce cierta inquietud quedarte sola en algún sitio muy oscuro?
117a SI NO ? ¿Te han castigado frecuentemente tus padres en el período de tu vida comprendido entre los diez y los quince años de edad?	137b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez enfermedades de la piel, como muchos granos, forúnculos, erupciones, etc.?
	138a SI NO ? ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?
	139b SI NO ? ¿Tardan bastante tiempo en curarse tus resfriados?
	140c SI NO ? ¿Te pones azorado al entrar en una habitación en la que hay un grupo de personas sentadas en animada conversación?

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

FECHA _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ GRUPO _____ EDAD _____

Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces	Puntos
1. Me siento abrido, desanimado y triste					
2. Por la mañana es cuando mejor me siento					
3. Tengo ataque de llanto o deseo llorar					
4. Tengo problemas de sueño por la noche					
5. Como igual que antes					
6. Disfruto de mirar, conversar y estar con mujeres (hombres) atractivos.					
7. Noto que estoy perdiendo peso					
8. Tengo problemas de estreñimiento					
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado					
10. Me canso sin motivo					
11. Mi mente está tan despejada como siempre					
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía					
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto					
14. Tengo esperanzas en el futuro					
15. Soy más irritable que de costumbre					
16. Tomo las decisiones fácilmente					
17. Siento que soy útil y necesario					
18. Siento que mi vida está llena					
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto					
20. Sigo disfrutando con lo que hacía					
				TOTAL	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

Actitud: Una tendencia aprendida a responder a personas, objetos o instituciones en una forma positiva o negativa.

Comunidad: Una entidad social con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área limitada, y una convivencia próxima y duradera de determinado número de individuos en constante interacción.

Concientización: Método mediante el cual se puede descubrir la realidad y transformarla a través de la interacción entre el educador y el educando. No es sólo toma de conciencia, sino el desarrollo crítico de la aprehensión de la realidad.

Crisis: Períodos relativamente breves de agudo trastorno, durante los cuales la persona siente sería incomodidad, preocupación, trastorno emocional, confusión respecto a dónde ir o qué hacer y un sentido subjetivo de duda.

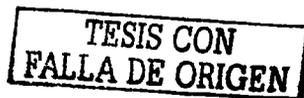
Cultura: Acto de creación continuo, capaz de engendrar otros actos creadores, donde el hombre es activo inventor en un continuo estado de búsqueda.

Cultura del silencio: Resultado de las relaciones estructurales entre los dominados y el dominador, entre los que tienen la palabra y los que guardan silencio.

Educación: Un acto de conocimiento y aproximación crítica a la realidad. Herramienta por la cual se pueden liberar todas las potencialidades de las personas, favoreciendo una visión crítica de la realidad, que permita elaborar instrumentos para resolver sus problemas.

Enfermedad: Reacción del complejo biopsicosocial que es el hombre frente a las causas que la producen.

Enfermedad Mental: Desorganización de la actividad mental como respuesta del individuo ante múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo, que son de tal magnitud que destruyen la estabilidad de la personalidad.



Interdisciplina: Grupo de profesionales que interaccionan, buscando un espacio de confluencia y un código común para poder operar sobre un individuo, la comunidad o cualquier grupo social. De esta interacción, los profesionales salen enriquecidos en sus respectivos roles.

Libertad en salud: Toma de conciencia de las necesidades de cada uno y la lucha por el derecho humano básico inobjetable de poder satisfacerlas.

Marginado: El analfabeto, no sólo de lenguaje, sino el que desconoce cualquier concepto necesario para la convivencia social, al cual se le considera fuera o al margen de los que sí saben.

Medicina preventiva: Formas de comportamiento que contienen una filosofía y se basan en un saber racional, requiere que los individuos adopten una conducta lógica frente a la enfermedad.

Neurosis: Un término anticuado que se usaba para referirse, como grupo, a los trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos disociativos y algunas formas de depresión. No hay una desorganización importante de la personalidad.

Prejuicio: Una actitud o juicio anticipado negativo que se tiene contra los miembros de un grupo particular de personas.

Prevención: Acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. Prevención primaria, destinada a disminuir la incidencia de trastornos mentales. Prevención secundaria, destinada a disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales. Prevención terciaria, destinada a reducir la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración.

Psicoanálisis operativo: Un psicoanálisis aplicado, realizado "fuera del contexto" en el que se vive el psicoanálisis clínico, con características especiales: se realiza en situaciones de la vida cotidiana, se indaga para utilizar los datos obtenidos con el fin de lograr modificaciones a través de la comprensión del cómo y el por qué de lo que ocurre, se realiza mediante la interpretación de las relaciones, la tarea, los procedimientos, la organización, etc., se busca modificar las situaciones, la organización o las relaciones interpersonales; no es un psicoanálisis nuevo y distinto, es una estrategia para utilizar los conocimientos psicoanalíticos.

Psicología: El estudio científico del comportamiento y de los procesos mentales, así como la aplicación de estos conocimientos para resolver y prevenir problemas de salud mental, educación, negocios, deportes, derecho, medicina, y todo aquello en lo que esté implicado el ser humano.

Psicología clínica: Utilización de los conocimientos psicológicos, teóricos y técnicos, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Psicología comunitaria: Uso de los recursos de la comunidad para promover la salud mental y tratar o prevenir problemas de salud mental.

Psicosis: Un trastorno psicológico grave caracterizado por una retirada de la realidad, alucinaciones y delirios, emociones perturbadas y retraimiento social.

Psiquiatría: Rama de la medicina que se especializa en el tratamiento de los trastornos mentales.

Psiquiatría comunitaria: Conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada.

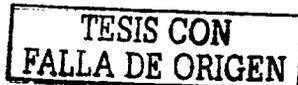
Rol social: Modelo de conducta pautada, en el que se integran factores objetivos o sociales y factores subjetivos o individuales. Estos modelos de conducta son aprendidos en el proceso de socialización, y desempeñados por cada persona de acuerdo con sus características individuales.

Salud: Estado que se alcanza y se conserva en la medida en que el organismo considerado como unidad biopsicosocial, responde a los estímulos normales y nocivos de su hábitat de tal manera que no se rompe la homeostasis y se mantiene la adaptación al medio.

Salud mental: Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, A. (2001) Afectividad en la Escuela Primaria. Tesis, UNAM México. pp 5-6
- AMADO, G. (1985). Fundamentos de la Psicopatología, Locura, Enfermedad Mental y Psiquiatría, según una Ontología Psicoanalítica. Gedisa, Buenos Aires. pp. 52-53
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV). Ed. Masson. Barcelona.
- BALDWIN, A. (1967). Comportamiento y Desarrollo en la Niñez. Holt Rinehart & Winston. Nueva York.
- BLEGER, J. (1972). Psicohigiene y Psicología Institucional. Ed. Paidós, Buenos Aires. pp. 20-44
- CALDERÓN, G. (1992). Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría. Trillas, México. p. 155
- CAPLAN, G. (1993). Aspectos Preventivos en Salud Mental. Ed. Piados. Barcelona
- CAPLAN, G. (1964). Principios de Psiquiatría Preventiva. Basic Books, New York. Pp. 43-58
- CASTAÑEDA, C., DE LA LLERA, M. (1992). Del Asilo al Hospital Psiquiátrico Moderno. Revista Psiquis No. 1. pp 2-8
- COON, D. (2001). Fundamentos de Psicología 8ª. Ed. Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V. México.
- CÓRDOBA, A. (1976). Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social. Ed. La Habana: Científico Técnica. Cuba. Pp. 123-143
- DE LA FUENTE, R.(1997). Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, México. p. 40
- DELVAL, J. (1994). El Desarrollo Humano. Siglo XXI Editores, Madrid. Pp. 182-584
- MASCARÓ, J. (1996) Diccionario Médico. Ed. Masson, Barcelona.
- EY, H. (1987). Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson. México.



FLDMAN, P.; OXFORD, J., (1985). Prevención y Solución de Problemas Psicológicos Aplicando la Psicología Social. Limusa, México. pp. 399-470

FERNÁNDEZ, L. (1994). Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. Siglo XXI. México. pp. 52-148

FREIRE, P. (1971). La Educación Como Práctica de la Libertad. Siglo XXI. México. p. 30

FREIRE, P. (1973). Pedagogía del Oprimido. Ed. Siglo XXI. México. pp. 29-39

HOCHMANN, J. (1971) Hacia una Psiquiatría Comunitaria: Tesis para una Psiquiatría de los Conjuntos. Amorrortu, Buenos Aires. p. 239

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (1995). Abuso de Sustancias Psicoactivas. Centro de Información en Farmacodependencia, División de Investigación, Epidemiología y Sociedad. México.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (2001). Esquizofrenia. Tríptico. IMP. México. (Material de distribución restringida).

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (2001). La Salud Mental en el Niño. Tríptico. IMP. México. (Material de distribución restringida).

INTERNET [http:// www. ssa. gob.](http://www.ssa.gob)

JONES, M. (1968). La Psiquiatría Social en la Práctica. La Idea de la Comunidad Terapéutica. Americalee, Buenos Aires. pp. 161-169

KAPLAN, H., BENJAMÍN, J. (1987). Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona.p. 18 y 903

KAUFMAN, G. y RAPHAEL, L. (1998). Cómo hablar de autoestima a los niños. Editorial Selector, México.

KOLB, L. (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. México.

LÓPEZ, A. (2001). Introducción al Servicio de Psiquiatría Comunitaria. Plática Informativa, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México.

MANN, P. (1978). Psicología Comunitaria. Ed. The Free Press, Nueva York.

MARTI, J. (1988). Enfermedad Mental y Entorno Urbano. Metodología e investigación. Anthropos, Barcelona.



- MARTÍN, A. (1998). Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones. Ed. Síntesis Psicológica. España. pp. 160-453
- MATERAZZI, A. (1991). Salud mental: Una Propuesta de Prevención Permanente. Paidós, Buenos Aires. pp. 13-43
- MIRANDA, B. (1994). La Evolución de México. Ed. Numancia, S.A., México.
- MORRIS, C. (1992). Psicología Un Nuevo Enfoque. 7ª. Edición. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., México. p. 392
- NATHAN, P. (1983). Psicopatología y Sociedad. Ed. Trillas. México.
- OWENS, G. (1993). El Desarrollo de la Autoestima Interna de tu Hijo. Ed. Plenum Press, New York.
- PAGE, J. (1982). Manual de Psicopatología. Ed. Paidós. Barcelona.
- POSTEL, J. QUETEL, C. (1987). Historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México. pp. 11-122
- RAMÍREZ, H. (2001). Taller Lúdico Vivencial para Facilitadores del Proceso de Enseñanza Aprendizaje. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México.
- ROSEN, G. (1974). Locura y sociedad. Sociología Histórica de la Enfermedad Mental. Alianza, Madrid. P. 317
- SALOMÓN, P. (1976). Manual de Psiquiatría. Ed. Manual Moderno. México.
- SÁNCHEZ, H. (1974). La Lucha en México Contra las Enfermedades Mentales. Fondo de Cultura Económica. México.
- SAN MARTÍN, H. (1982). Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 4ª. Edición. México. pp. 7-8
- STAFFORD-CLARK, D. (1968). Psiquiatría Moderna: Prevención, Tratamiento, Psiquiatría Social. Horne, Paidós, Buenos Aires. p. 72
- SZASZ, T. (1968). El mito de la Enfermedad Mental. Amorrortu, Buenos Aires. pp. 54-55
- UNAM, (1998). Procedimiento para la Titulación en la Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- VELASCO, R. (1980). Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. Conceptos Básicos. Anuies, México. p. 18

VIDELA, M. (1991). Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ediciones Cinco, Buenos Aires. pp. 20-58

WELSH, A. (1994). Aportes de las CEB'S a las Comunidades Marginadas. Experiencias de Psicología Comunitaria. Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, México. pp. 1-13

ZAX, M., SPECTER, G. (1979). Introducción a la Psicología de la Comunidad, Ed. El Manual Moderno, S.A., México. pp. 3-55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN