

11241  
2 ej 14

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESINA

"LA INFLUENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN UNA COMUNIDAD  
DETERMINADA"

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

HECTOR MANUEL PINEDO RIVAS

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

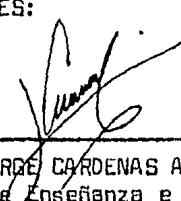
"LA INFLUENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN UNA COMUNIDAD  
DETERMINADA".

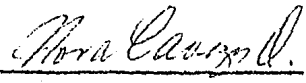
T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA: HECTOR MANUEL PINEDO RIVAS.

ASESORES:

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE CARDENAS ARROYO.  
Jefe de Enseñanza e Inves-  
tigación. C.C.S.M. de la -  
S.S.A.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. NORA CAVAZOS.  
M.S.P. Depto. de -  
Psicología Médica,  
Psiquiatría y Sa-  
lud Mental.U.N.A.M.

México D.F. noviembre 1984.

## INDICE

I. INTRODUCCION.	
- Propósitos .....	1
- Antecedentes Históricos y Marco Teórico General .....	2
II. JUSTIFICACIONES .....	30
III. HIPOTESIS .....	32
IV. OBJETIVOS .....	33
V. UNIVERSO .....	34
VI. METODOLOGIA.	
- Instrumento .....	36
- Censo .....	38
- Levantamiento .....	38
- Procesamiento .....	39
VII. RESULTADOS .....	39
VIII. CONCLUSIONES .....	56

IX. BIBLIOGRAFIA ..... 62

ANEXO 1

ANEXO 2

## INTRODUCCION

### Propósito.

El siguiente estudio tiene como propósito el investigar la influencia que, en la comunidad ha tenido la presencia de servicios de Salud Mental sobre ella después de un periodo determinado de tiempo.

A partir del mes de septiembre de 1982, se crea el Centro-Comunitario de Salud Mental dependiente de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia --- (C.C.S.M.), que se encuentra ubicado desde su fundación en la zona noreste del Distrito Federal en la colonia Santa María la Ribera de la Delegación Cuauhtémoc, donde ejerce su área de influencia siendo el único centro de estas características que -- existe en la zona antes mencionada.

La finalidad de los programas del C.C.S.M., está dirigida hacia la prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental con acciones destinadas a la población infantil, adolescentes y adultos sin descuidar el problema del alcoholismo, ya que desde el año de 1969 hasta septiembre de 1982 había estado funcionando como un centro antialcohólico fundamentalmente.

Siendo el C.C.S.M. una experiencia piloto a nivel de Salud Pública en nuestro país, se pretende tener un conocimiento básico sobre las condiciones de influencia que éste ha producido en la población del área donde se ubica, tras un año ocho meses de ejercer sus programas hacia la comunidad. Los resultados que se desprendan de este estudio podrán orientar, en parte, las acciones de algunos programas, el fomento de otros e incluso la creación de algunos más, y por otro lado, sentará un precedente para la realización de nuevos muestreos sobre la población ahora estudiada a un plazo determinado.

#### Antecedentes Históricos y Marco Teórico General.

Los profundos y acelerados cambios que se han presentado en el transcurso del siglo XX han influido en nuestra civilización modificando sustancialmente el complejo total de relaciones entre los seres humanos y en consecuencia en sus formas de organización así como las reglas internas y externas de conducta de los miembros de cada sociedad, lo que ha implicado conflicto o crisis de valores. Inevitablemente estos cambios han trascendido a la medicina, cuyo crecimiento sin precedentes y --

su influencia en la sociedad han favorecido la transformación-- de la medicina individualista del siglo XIX a la medicina so-- cial del siglo XX. En la psiquiatría, como rama de la medicina, se ha llegado al campo de la psiquiatría social en la práctica de nuestros días (1).

En los albores del presente siglo, existían tres principa-- les corrientes psiquiátricas dominantes que defendían diferen-- tes postulados genéticos acerca de la naturaleza de la enferme-- dad mental. Un grupo se apoyaba en el origen somático de todos-- estos trastornos, proclamando que la enfermedad psiquiátrica no era sino un síntoma de una entidad orgánica, por ejemplo una le sión cerebral, un desequilibrio metabólico o un trastorno endó-- crino; bajo esta concepción, la postura resultaba pesimista en-- lo que se refiere a la recuperación del paciente, lo que fomen-- tó la creación y desarrollo de instituciones de aislamiento y - custodia para el enfermo mental, separándolo de su ambiente so-- cial de origen.

Otro grupo diferente pero fuertemente vinculado con el an-- terior, con el que se forma en conjunto la concepción teórico-- ideológica del modelo biogenético, predicaba que la enfermedad--



mental era resultado del proceso de selección natural (postura eminentemente Darwinista) y si bien el ambiente había influido, era imposible "reparar" los genes defectuosos y daba como consecuencia que la única alternativa de profilaxis real, debería estar en relación a las técnicas eugenésicas y al control de inmigrantes.

El tercer grupo aceptaba la existencia de entidades somáticas y hereditarias en algunos casos, pero daba una relevancia mayor al ambiente, la cultura y la educación en la génesis de la patología mental. Esta corriente comienza a utilizar asistentes sociales para investigar y reunir información acerca del ambiente familiar, laboral y educativo de los pacientes, con la esperanza de que se pudieran identificar algunas causas que determinaran la enfermedad, y con ello la posible estructuración de nuevos tratamientos y cambios ambientales aconsejables para la reincorporación del paciente a un medio social. Esta concepción condujo a sus seguidores a pensar que si pudieran anticiparse a estas influencias caóticas y se cambiase al paciente a otros ambientes, el trastorno mental podría controlarse o en su caso evitarse (modelo sociogenético de la enfermedad). Destaca-

ron la importancia de un tratamiento temprano para limitar las consecuencias personales y sociales de la enfermedad. Las aportaciones iniciales en la terapéutica que se desprenden de esta corriente, fueron la utilización de la terapia ocupacional, --- cursos breves de educación especial formal, conversación racional, terapia medio-ambiental y de los hábitos y otros métodos - terapéuticos de línea social (2).

Como podemos observar, la influencia de estas ideas contri-  
buyó al acercamiento del psiquiatra hacia la comunidad; sin em-  
bargo, este proceso se vió reforzado también por la exigencia -  
de servicios por parte del público; así en el año de 1908 un --  
grupo connotado de representantes de la medicina general, la --  
psiquiatría, el derecho, la religión y la educación, fundan la-  
Connecticut Society for Mental Hygiene fuertemente influenciada  
por la publicación en 1908 del libro "A Mind That Found Itself",  
escrito por Clifford W. Beers, donde relata sus experiencias co-  
mo paciente dentro de tres hospitales psiquiátricos (5)(1). ---  
Esta obra estimuló un movimiento de reforma en los cuidados psi-  
quiátricos en todo el mundo, y el propio Beers actuó como ina--  
trumento en la creación del National Committee for Mental Hygie

ne que a su vez fué influenciado importantemente por los conceptos generales de salud pública. De esta manera el observar la enfermedad mental en un sujeto en un determinado momento de su vida, ya no constituía la preocupación principal de estudio y cobraba mayor relevancia, la vigilancia y observación dentro de su comunidad en forma indefinida.

En el año de 1920, y por patrocinio del Commonwealth Fund, se inicia el movimiento de Orientación Infantil, en respuesta a la influencia que sobre la sociedad tuvo el desarrollo de la teoría psicoanalítica (...un movimiento de marco teórico-ideológico psicogenético) emprendido por Sigmund Freud, fundamentalmente en lo que se refiere al concepto de que el trastorno mental del adulto es consecuencia de problemática psicológica infantil no resuelta, alteraciones en el desarrollo de la personalidad y mala orientación infantil; y por lo tanto la Clínica de Orientación Infantil se concibió como la clave para la prevención de los trastornos mentales, sin embargo la idea original de disminuir la frecuencia de enfermedades mentales en el adulto tratando niños, resultó mucho más complicado que lo esperado por sus iniciadores, ya que en la práctica el supuesto bási-

co de que un niño sería más fácilmente tratable que un adulto no se pudo confirmar y por lo tanto los esfuerzos de las clínicas con esta orientación volvieron al tratamiento tradicional de un número relativamente pequeño de pacientes, y no a la población general infantil como se habían proyectado en su origen.

Otros momentos históricos importantes en el desarrollo de la psiquiatría social han sido marcados por la primera y segunda guerras mundiales, ya que en ambas grandes conflagraciones se presentó la oportunidad de estudiar la frecuencia de los trastornos mentales en las tropas de combate y la importancia de los factores inespecíficos de stress que participaban en la enfermedad mental. Fué por lo anterior necesario el desarrollo de grandes programas para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, como el advenimiento de nuevas técnicas grupales por citar un ejemplo.

Ya en la época de la postguerra se crea el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (G.A.P.) a cargo de William Menninger, que en el año de 1948 es elegido presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.) y quién ligó el concepto de Sa

lud Mental a un "...estado de felicidad y productividad..."(3),  
fué un gran impulsor en el estudio de las relaciones de la psiquiatría con el gobierno, la religión y el derecho, las necesidades de los adolescentes, estudiantes universitarios y personas de edad avanzada, la responsabilidad de la psiquiatría en la educación pública en cuanto a hacer frente a situaciones sociales y en el campo de las relaciones interpersonales, el impulso en el avance de las técnicas terapéuticas, la educación médica, llamó la atención sobre las condiciones deplorables de los hospitales psiquiátricos, se interesó por la psiquiatría infantil y preventiva, ayudando con todo ésto a elaborar un nuevo perfil de la profesión psiquiátrica. (4)

Al finalizar la segunda guerra mundial aparece un movimiento en la mayoría de los países occidentales llamado psiquiatría comunitaria, psiquiatría social, psiquiatría social en acción o psiquiatría preventiva (1), el cuál marcaba una gran tendencia a romper el aislacionismo psiquiátrico tradicional. Nuevos programas de investigación y servicios fijaron las bases de este movimiento, que consideró de fundamental importancia los siguientes aspectos: Transformación de los hospitales psiquiátri-

cos creando en ellos un "ambiente terapéutico"; incremento y creación de camas destinadas a psiquiatría dentro de los hospitales generales, creación de servicios de emergencia e internamiento-parcial (diurno, vespertino o nocturno), organización de Centros de Salud Mental Comunitaria y talleres protegidos así como la integración absoluta de los programas de Salud Mental a los ya establecidos de Salud Pública. (5)

Ya en este momento, y siendo asimilado el concepto de que el ser humano se comporta como una unidad biológica, psicológica y social, y pudiendo adaptar el modelo de Historia Natural de la Enfermedad a los trastornos mentales, se desarrolla un marco teórico integral siguiendo en gran medida el modelo médico-terapéutico para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

Gerald Caplan define la psiquiatría comunitaria o social como "el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en el campo de servicios 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 los pacientes psiquiátricos en una población-determinada". (6)

Siguiendo esta línea e incorporando los postulados de salud mental a los programas de salud pública, se desprenden como objetivos fundamentales las actividades de tipo preventivo a todos sus niveles:

Prevención Primaria.- Sus acciones están dirigidas a disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad, y actuar sobre los factores sociales nocivos que puedan originar enfermedad mental mediante una acción efectiva y oportuna en su contra. Por lo anterior, es necesario que los programas de prevención primaria involucren a miembros e instituciones importantes en la comunidad, como serían médicos, sacerdotes, maestros, líderes laborales etc. y en especial a la familia como unidad social por excelencia. Las actividades deben incluir programas que actúen en cada una de las etapas de la vida de los individuos.- En el grupo de niños y adolescentes las actividades se inician desde la época perinatal, tratando de evitar la presencia de enfermedades durante el embarazo y el parto que pueden dejar secuelas importantes en el individuo. La educación de la pareja -

fomenta un mejor desarrollo de los hijos y capacita una mayor habilidad en sus progenitores para satisfacer las necesidades básicas del niño.

La participación de los maestros y médicos generales que realizan actividades profesionales en los centros de educación, estará encaminada a prevenir los padecimientos somáticos que puedan determinar secuelas en el desarrollo psíquico de los menores a su cargo, así mismo, participan en el conocimiento adecuado de la vida sexual para evitar algunos problemas en la esfera psicosexual del joven o del adulto.

En el caso de los adultos, una correcta orientación dentro de sus actividades maritales, familiares, laborales, religiosas y sociales, evita problemas que posteriormente pueden traducirse en trastornos psicopatológicos. La educación en áreas específicas como el alcoholismo, los accidentes, las intoxicaciones, etc. generalmente disminuye la frecuencia de este tipo de problemas dentro de la comunidad.

La orientación, educación y consejo en los grupos de personas de edad avanzada, dentro de los programas de salud mental comunitaria, evitan o atenúan eventualmente los serios efectos-



que en forma inevitable determinan en todos los individuos el avance inexorable de la edad.

Prevención Secundaria.- Se entiende por prevención secundaria la posibilidad de identificar en forma temprana la presencia de procesos psicopatológicos o bien, de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad hace posible el tratamiento oportuno de los mismos, evitando así secuelas mayores en el individuo.

Estas acciones también se extienden hacia las diferentes etapas de la vida, ya que en cada una de ellas existe riesgo mayor para determinado tipo de psicopatología. Por ejemplo, en la edad adulta, las descompensaciones psicológicas pueden originar depresiones severas, y su presentación con frecuencia está asociada a crisis existenciales y a cambios de importancia en los patrones de conducta ya establecidos. El médico familiar debe estar alerta para descubrir los signos incipientes de descompensación en este sentido, así como de otros precursores de trastornos psicofisiológicos, tales como el asma, la úlcera péptica, la artritis reumatoide y la colitis ulcerativa, ya que en general estos signos incluyen falta de satisfacción-

en el trabajo diario, en la forma de vivir y deterioro en las-- relaciones interpersonales.

Prevención Terciaria.- Autores como Gerald Caplan consideran-- que la finalidad de la prevención terciaria se basa en la dis-- minución de los efectos residuales que se presentan después de-- que los trastornos mentales han terminado. Entendiendo por efec-- to residual la limitación en la capacidad de un individuo para-- contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. (6)- En esta definición queda bien presisada la importancia reelevant-- te de los servicios de rehabilitación en los que se ayuda al in-- dividuo a funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible posterior a ser dado de alta de un servicio hospitalario. Se--- tiene por intención evitar recaídas y nuevos internamientos y - puede realizarse en servicios de consulta externa, en hospita-- les diurnos o nocturnos, en talleres protegidos, o bien, en cen-- tros comunitarios de salud mental que estén especialmente pro-- gramados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en to-- das las actividades que realiza en el seno mismo de la comuni-- dad. (5)(7)

Siguiendo el contexto histórico, y basados en los postula-

dos teóricos antes mencionados, los diferentes países desarrollados han realizado esfuerzos particulares en el área de la psiquiatría social o comunitaria, siguiendo en principio modelos adaptados pero con las peculiaridades propias de su organización social y política, de las cuales a continuación y en forma breve mencionaré cuatro ejemplos:

Modelo Inglés.- Nace a raíz de la sobrepoblación de pacientes dentro de los hospitales psiquiátricos y la falta de recursos económicos para la construcción de nuevos hospitales; todo esto surgido de las condiciones que imperaron en la época de la postguerra. Así se crea el Servicio Nacional de Salud que desarrolla alternativas para resolver estos problemas. Una de ellas fué el empleo de familias que en sus hogares ayudaban al cuidado del enfermo mental, considerándose que hasta ese momento se desconocía el origen específico de la enfermedad mental, y por lo tanto el abordaje sería "evitando males mayores" y fomentando el desarrollo de actividades que beneficiaran a los pacientes, sus familiares y la sociedad.

En el modelo británico, el psiquiatra conoce su responsabilidad social de mantener y preservar la salud mental de los

individuos de la comunidad, sin alterar la perspectiva de la-relación entre el médico y el paciente, es decir, se conservó el modelo médico, pero se trasladaron los servicios dentro de la comunidad, y el psiquiatra sigue desarrollando sus actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes individuales, teniendo de esta manera una característica eminentemente pragmática y empírica de conservar al enfermo mental dentro de su comunidad. (1)

Modelo Francés.- Este modelo aporta a la psiquiatría social-el concepto de "sector" dentro de la salud pública. H. Mignot es uno de los protagonistas de la "revolución psiquiátrica --francesa" de la postguerra, y resume las características de ésta al decir que la protección de la salud mental está organizada por sectores cuando a un mismo y único equipo médico y paramédico que dispone de una gama variada de instituciones,- se le confía el conjunto de tareas de prevención, tratamiento y readaptación que corresponden a la psiquiatría pública en un territorio definido y suficientemente limitado. Y agrega - que la política de sector no es solo una forma original de organización sanitaria, pues ella implica además, una profunda-

modificación en la actitud de la sociedad al respecto de los enfermos mentales.

Por otro lado, con la transformación del rol y los hábitos de los psiquiatras públicos se ha impuesto, a una gran parte de ellos como una exigencia en la evaluación de su disciplina, el cambio de actitudes respecto a los enfermos mentales.(5)

Modelo Norteamericano. - Surge también en la postguerra, pero como consecuencia de una orientación donde la comunidad debía tomar parte en la acción de resolver sus propios problemas. Este acercamiento a la comunidad lo mismo se empleó para asuntos de derechos civiles y de desarrollo urbano que para el cuidado de la salud. La psiquiatría fué fuertemente influenciada, y surgieron una gran cantidad de estudios en los cuales se postulaba que los factores sociales eran la causa de la enfermedad mental.(1)

Bajo este clima de la época y por iniciativa de la administración Kennedy, se crean en 1963 a nivel federal los Centros Comunitarios de Salud Mental, y se proyecta que para el año de 1980 existieran entre 1500 y 2000 centros en toda la unión americana (8). Sin embargo las siguientes administraciones federa-

les dejaron de prestar ayuda económica consistente a éstos centros, pretendiendo que fuesen autosuficientes o mantenidos por la propia comunidad, por este motivo y otros en relación a la organización interna de estos servicios no se han alcanzado estas metas y en la actualidad muchos han desaparecido y otros - se encuentran en peligro de sucumbir.(9)

Modelo Soviético.- Como el resto de servicios de salud en la U.R.S.S., la meta fundamental está encaminada a la prevención.- Se trata de descubrir lo más tempranamente los cuadros psicopatológicos, ya que se desconoce el origen determinante de la mayoría de ellos. Se pretende dar un tratamiento oportuno y se -- procura lograr la readaptación social de los pacientes que han presentado los trastornos psiquiátricos.

Los servicios psiquiátricos son múltiples, y constituyen un sistema que abarca: hospitales psiquiátricos, dispensarios-psiconeurológicos, hospitales de día, talleres protegidos, servicios psiquiátricos en hospitales generales, albergues para enfermos crónicos, planteles educativos para niños con problemas neuróticos así como escuelas especiales para pequeños con problema de retraso mental.

Cada uno de estos establecimientos, tiene un papel específico en la prevención, tratamiento y readaptación social de los pacientes, pero los dispensarios psiconeurológicos (para pacientes externos) son los más importantes elementos para interrelacionar el resto de los establecimientos.

Cada establecimiento está encargado de un distrito específico (rayón), y tiene una estrecha conexión con las clínicas--escolares y con las fábricas, lo que ayuda a la detección y el tratamiento oportuno. Los dispensarios psiconeurológicos se hacen cargo del seguimiento de pacientes que han sido dados de alta de un hospital y corresponde al centro del distrito de donde proviene el paciente, ésto es especialmente importante en el control de esquizofrénicos crónicos y del paciente epiléptico.

Como podemos ver cada uno de estos países ha adaptado el concepto general de psiquiatría social, dependiendo de sus propios elementos ideológicos, culturales, sociales y políticos, ya que el intento de "ingertar" exactamente un modelo de un país a otro generalmente culmina en el fracaso por bien estructurado que sea dicho modelo.

A continuación haremos un breve recorrido histórico del de

desarrollo de la psiquiatría en nuestro país para culminar con las acciones de psiquiatría social en México y la creación del C.C.S.M., sobre el cual versa este trabajo.

Los Servicios de Salud Mental en México.- México posee históricamente en el continente americano la tradición de haber sido el primer país que fundó, en 1566 en la ciudad de México, la primera institución para el cuidado de los enfermos mentales: El Hospital de San Hipólito, por Fray Bernardino Alvarez. En 1568 se fundan con el mismo fin los Hospitales de Santa Cruz en Oaxtepec, el de San Roque en Puebla, La Concepción en Jalapa, el de Belém en Perote y otros más en Guadalajara, Acaapulco y San Juan de Ulúa. En todos estos lugares el cuidado del enfermo mental consistía en mantenerlo sujeto, confinado y semidesnudo.

En el año de 1821 y por otro decreto de las cortes españolas quedó suprimida la Orden de los Hipólitos y el Hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento pero el cuidado de los enfermos siguió a cargo de los religiosos enclaustrados hasta el año de 1843, en que en forma definitiva queda bajo el control gubernamental.



Para el año de 1910, y aún bajo el concepto ideológico de la atención médica como una expresión filantrópica, se funda en la ciudad de México El Manicomio General en los terrenos de la antigua Hacienda de la Castañeda. Simultáneamente en el primer decenio del presente siglo, se abrieron otras institucio--nes públicas y privadas para la atención del enfermo mental.

Fué a partir de los años 30's en que se sustituye el concepto de beneficencia por la idea de que la asistencia social era una función obligatoria del estado, y a la salud (incluyendo a la salud mental) como un derecho de todos los individuos, comenzando a gestarse el concepto de Seguridad Social. Sin embargo, la deficiente atención del enfermo mental por el estado persistió y así el Manicomio General, cuya capacidad original fué de 1000 enfermos, llegó a custodiar a cerca de 3000 y de esta forma resultó inoperante. Por este motivo en el año de --1960, siendo alarmante la insuficiencia de instalaciones públicas de asistencia, se hizo indispensable una reforma de fondo en el sistema médico-psiquiátrico asistencial que culminó en el año de 1968 con la llamada "Operación Castañeda" que sustituyó el antiguo manicomio por una red de 11 hospitales con una

capacidad global de 4,406 camas. 7 de estos hospitales se ubicaron en el Valle de México y el resto en distintos estados de la república. Prevalció el criterio del Hospital-Granja por lo que sus instalaciones se encuentran alejadas de las ciudades, con excepción del Hospital Fray Bernardino Alvarez y el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, que atienden hasta la actualidad pacientes agudos y niños respectivamente, y ambos se encuentran en el Distrito Federal.(10)

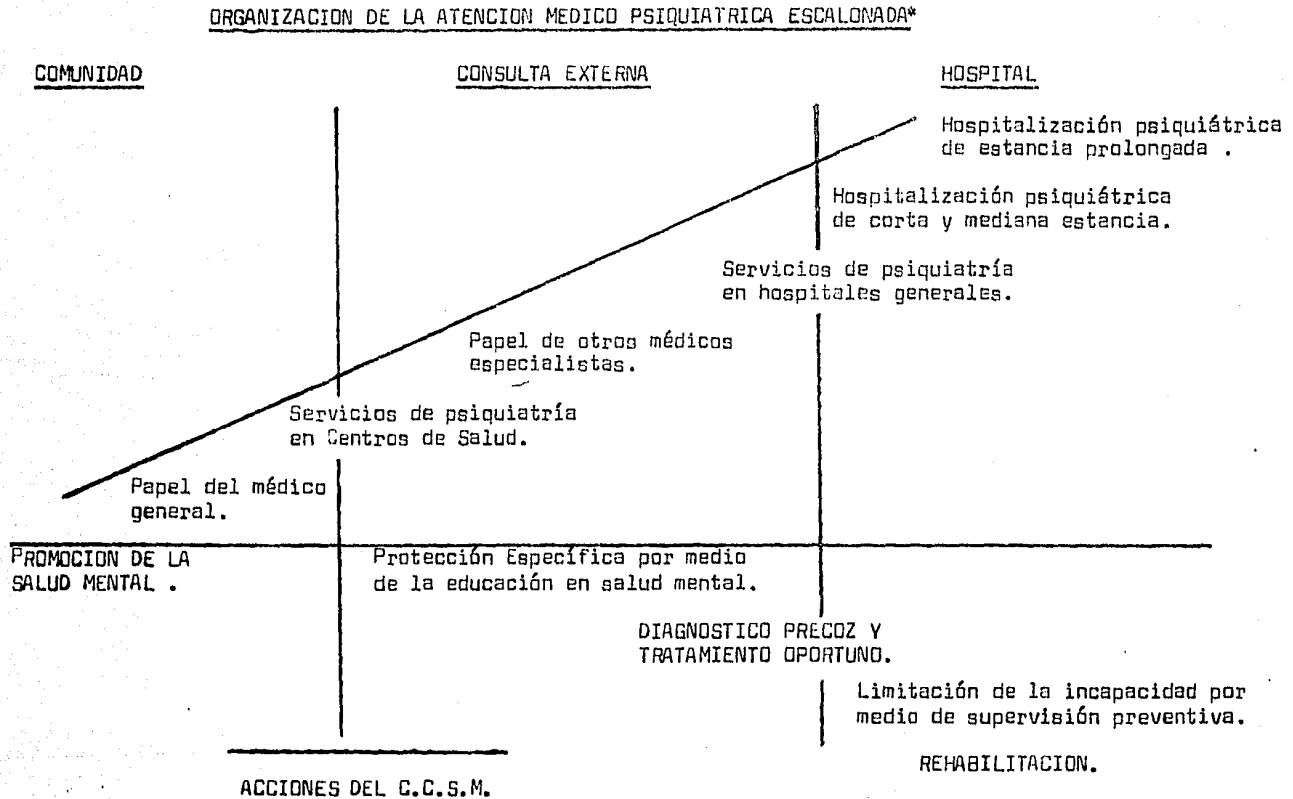
Desgraciadamente una vez terminadas las instalaciones de la "Operación Castañeda", se inició un largo periodo en que el gobierno limitó considerablemente la canalización de recursos para la psiquiatría y la Salud Mental, lo que impidió el desarrollo adecuado de la asistencia para el enfermo mental en la consulta externa psiquiátrica anexa a los Centros de Salud y los Hospitales Generales. En los hospitales psiquiátricos se prolongó el promedio de estancia y cuando los pacientes eran externados no encontraban facilidades para continuar su tratamiento, siendo frecuentes las recaídas y nuevos internamientos. Por otra parte la disminución de recursos económicos provocó un deterioro muy importante en las instalaciones y en la calidad del

servicio que en ellos se presta.

A partir de 1977 hasta 1982 se elaboró un plan de rehabilitación de los hospitales psiquiátricos federales a través de la Dirección General de Salud Mental y el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En la actualidad y dada la gran demanda de servicios psiquiátricos aunando a una escasez de la oferta tanto por falta de recursos económicos como humanos (en 1976 se estimaban aproximadamente 700 psiquiatras en todo el país, o sea, 1x100,000 hab., considerándose lo ideal para países como el nuestro 5x100,000 hab.) se trabaja en un subsistema del sector salud para la atención médico-psiquiátrica escalonada (fig.1), en el que a través del modelo de Historia Natural de la Enfermedad Mental (Caplan) reconocemos que a mayor complejidad del padecimiento se requerirán recursos más especializados y por lo tanto más costosos. Este subsistema escalona las diversas instancias que participan en el proceso salud-enfermedad mental, de acuerdo a los niveles de atención y se programan actividades susceptibles de realizarse en base a los niveles de prevención.

FIG. 1



\* Adaptado de Pucheo C., "Panorama Actual de la Psiquiatría y Salud Mental en México". (11).

Para 1979, y siguiendo la política de implantar servicios de psiquiatría a los Centros de Salud y en coordinación con la Dirección General de Salud Pública en el D.F., se integraron - 21 servicios de psiquiatría y salud mental en los Centros de Salud de la ciudad de México, y algunos más en el interior de la república. (11)

De aquí en adelante, la política de los programas de salud mental y psiquiatría, se enfocan fundamentalmente a la prevencción de la enfermedad bajo el criterio de una psiquiatría social que resultara menos costosa y más benéfica para la población general, ya que pretende "pocos esfuerzos en beneficio de muchos". Siendo así, se programa la creación de servicios intermedios de psiquiatría que puedan contener a un gran número de pacientes que dadas las características o el momento histórico de la evolución de su padecimiento, no son candidatos a una psiquiatría de tercer nivel.

Centro Comunitario de Salud Mental (C.C.S.M.).- En septiembre de 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia por medio de la Dirección General de Salud Mental, crea el C.C.S.M. que surge como un servicio intermedio piloto en nuestro país, es de--

cir, que sus acciones se dirigen fundamentalmente al segundo nivel preventivo además de acciones de promoción de la salud mental y rehabilitación.

Este Centro tiene su antecedente histórico inmediato en lo que fuera el Centro para la Prevención del Alcoholismo (CEPRA). Su creación obedece a la necesidad de brindar a la comunidad -- una alternativa de solución a sus problemas de salud mental, suceptibles de ser manejados en una unidad capás de interactuar-estrechamente en el ambito en que se generan, y a su vez con - la posibilidad de estudiar sus características particulares con el fin de diseñar estrategias preventivas específicas, así como ser un centro de enseñanza e investigación en psiquiatría comunitaria. Es decir, que los objetivos generales del centro, son- la realización de actividades preventivo-promocionales, asistencias y de enseñanza e investigación en el campo de la salud - mental y la psiquiatría comunitaria.

Para lograr los objetivos antes mencionados, se elaboraron 5 programas iniciales que sustentan la idea de que la participación del individuo, la familia y la comunidad promueven la sa--lud mental y permiten el desarrollo de medidas preventivas. Es-

tos programas fueron los siguientes:

1.- Programa de Atención Preventiva; cuyo objetivo es el de efectuar actividades preventivas y de detección oportuna de enfermedades.

2.- Programa de Capacitación a la Población; que tiene por objeto capacitar a la población con información verídica y científica, mediante actividades de difusión y formación de monitores en la comunidad.

3.- Programa de Formación y Desarrollo de Personal; en el cual se trata de capacitar, desarrollar y formar personal en diversos campos de la salud mental fomentando en ellos la actividad conjunta y el trabajo interdisciplinario.

4.- Programa de Atención Curativa; para la asistencia específica a toda persona que lo demande y en caso necesario efectuar internamiento transitorio.

5.- Programa de Investigación Aplicada; que tiene como meta la realización de investigación aplicada sobre problemas de salud mental, psiquiatría comunitaria y operacional de los servicios.

El C.C.S.M. se encuentra ubicado en la zona noroeste del D.F. en la calle de Enrique González Martínez # 131 colonia --

Santa María la Ribera. Su área de influencia es la delegación-Cuauhtémoc, con una población aproximada de 2,000,000 de habitantes incluida la población flotante. En la actualidad el Centro cuenta con 76 elementos humanos entre psiquiatras, residentes de psiquiatría (a partir de marzo de 1984), médicos generales, psicólogos y pasantes en psicología, trabajadoras sociales enfermeras, personal administrativo y de intendencia (fig.2).

Dentro de las actividades específicas del Centro se encuentra la difusión de los servicios que presta, pláticas, conferencias, dinámicas y sociodramas dentro de grupos organizados, instituciones políticas, de salud, religiosas, educativas, fábricas y grupos naturales de la comunidad así como asociaciones. Además la organización de escuelas de padres, actividades de enseñanza y capacitación continua para el personal y pasantes en rotación.

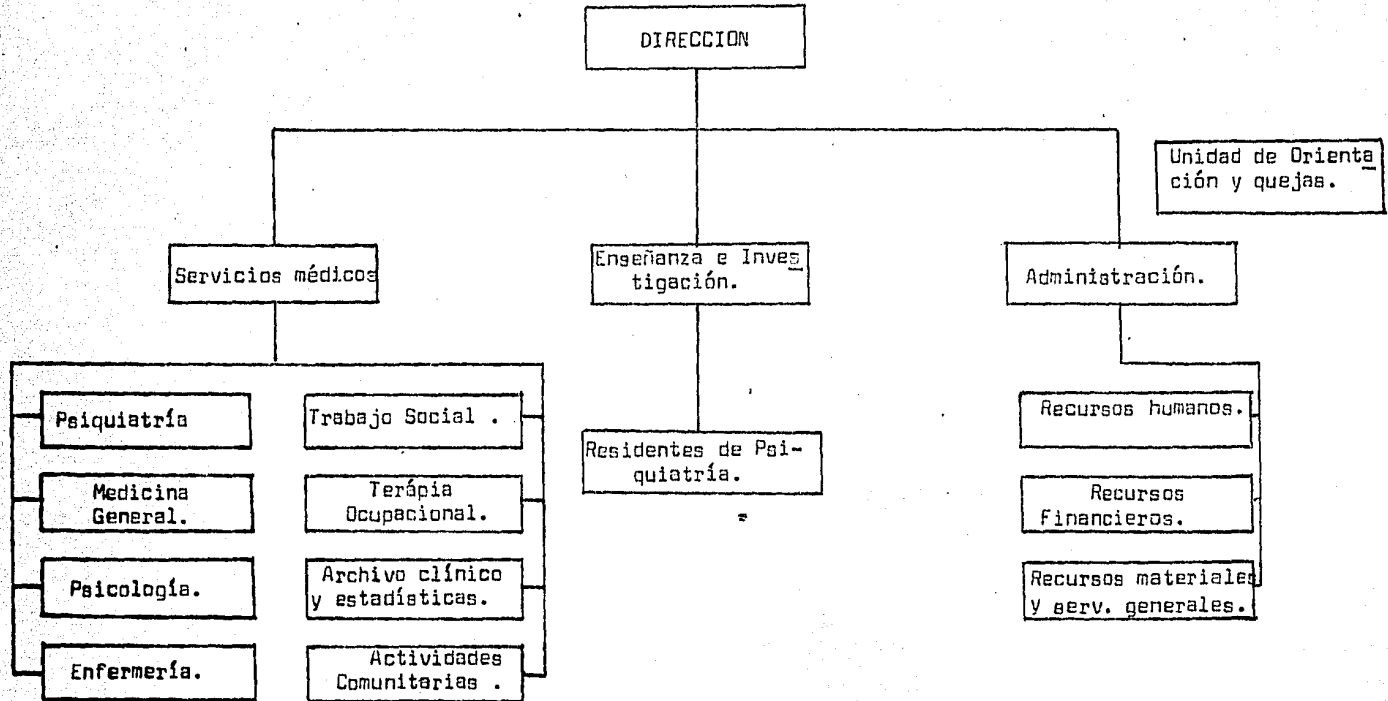
En el área asistencial existe Consulta Externa especializada, general y u gencias psiquiátricas con diversos tipos de tratamientos como psicoterapia individual, de grupo, familiar, de pareja, ocupacional y apoyo psicopedagógico. Existe una Unidad de Terapia del Niño y Adolescente (U.T.N.A.) con acciones -



de estimulación temprana, sociabilización, ortolalia, psicopedagogía, educación especial, grupos de orientación a padres y psicoterapia de adolescentes.(12)

FIG. 2

ORGANIGRAMA  
DEL  
C.C.S.M.



### JUSTIFICACIONES

Las experiencias que en nuestro país se tienen en psiquiatría social y comunitaria son escasas, y de las pocas con las que se cuenta se refieren a experiencias aisladas como por ejemplo, la inclusión de servicios de consulta externa psiquiátrica en 21 Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia hace aproximadamente cinco años, o bien, algunas acciones llevadas a cabo en organismos descentralizados o de participación mixta, como sería el caso del Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael impulsado por Calderón y colaboradores en la delegación Tlalpan a partir de 1974, por citar sólo algunos de estos pocos ejemplos.

La creación del C.C.S.M. de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en septiembre de 1982, marca el inicio de una nueva etapa de la salud pública que involucra a los profesionales en el campo de la salud mental para que en un trabajo interdisciplinario dirijan sus acciones hacia la prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, sus familias y la población de alto riesgo. Uno de los problemas a los que se enfrenta una empresa piloto -

de estas características, es el de tomar como antecedente la experiencia que se ha tenido en otros países y poblaciones cuyos factores socioculturales, económicos y políticos son diferentes al nuestro, y no pocas veces estas diferencias determinan el fracaso de dicho programa; por este motivo, es imprescindible al comienzo de cualquier programa piloto, el tener datos iniciales de la población en la cual se ejercerán estas acciones, lo mismo que las evaluaciones periódicas que rectificarán los senderos y estrategias que hasta el momento de la evaluación se hayan emprendido, y por este proceso modificaremos paulatinamente los modelos, en un principio importados, en acciones específicas a las necesidades y realidades de nuestra población y sociedad. (2)

Al no existir antecedentes de la comunidad previos a la creación del C.C.S.M., es necesario tras un año siete meses de acciones el tener un panorama general de la influencia que ha tenido la presencia de servicios de salud mental sobre su área de cobertura.

Existen datos consignados desde la fundación del C.C.S.M. referentes a las acciones que éste ha emprendido, como pudie--

ran ser el número de consultas, pláticas, altas, descerciones- etc. que son importantes ya que nos reflejan en parte la aceptación, el beneficio y la calidad de la atención que en él se imparte, tanto de las actividades intramuros como de las extra muros (13); sin embargo, es necesario recolectar otro tipo de datos que no provienen de la fuente misma de los servicios, sino que se desprenden del sondeo directo de la población en la que están asentados los servicios y a la cual van dirigidas -- primeramente las acciones. De aquí la necesidad de una investigación directa sobre el área geográfica de cobertura, siendo en este caso la colonia Santa María la Ribera.

La finalidad de obtener esta información, aparte de la recolectada en el propio centro, no resulta un trabajo ocioso o una duplicación de esfuerzos, ya que no es raro encontrar en los pacientes que acuden a solicitar los servicios del Centro Comunitario y de ésta manera estar satisfaciendo efectivamente necesidades pero fuera de su área de influencia original.

#### HIPOTESIS

Si el Centro Comunitario de Salud Mental de la Secretaría

de Salubridad y Asistencia tiene un año y medio funcionando en la colonia Santa María la Ribera, luego entonces tendrá influencia sobre su población.

Variable .- Como podemos observar la característica en estudio será "influencia", la cual es una variable cualitativa nominal.

Para los fines que este estudio persigue, la variable "influencia" se definirá por el: a) Conocimiento de la población en estudio sobre la existencia del C.C.S.M. y los servicios generales que este centro ofrece a la comunidad.

b) Utilización de los servicios que el centro ofrece.

c) Actitudes de rechazo o aceptación del centro.

d) Evaluación de la calidad del servicio que presta.

#### OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo, será el de determinar si ha tenido influencia la presencia de los servicios de -

salud mental del C.C.S.M. de la D.G.S.M. de la S.S.A. sobre la población de la colonia Santa María la Ribera.

Como objetivos específicos se pretende conocer la difusión que el centro ha tenido dentro de su principal área geográfica de influencia, el uso que la población en estudio tiene de los servicios que el centro ofrece así como la evaluación en cuanto a calidad de los mismos, y la actitud general de la población en cuanto a aceptación o rechazo de un centro con estas características dentro de su comunidad.

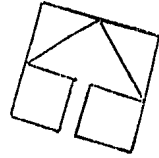
Al finalizar este estudio se espera tener una panorámica general que permita establecer nuevas acciones o corregir otras en las áreas "críticas" que se pudieran detectar en la investigación. (14)

#### UNIVERSO

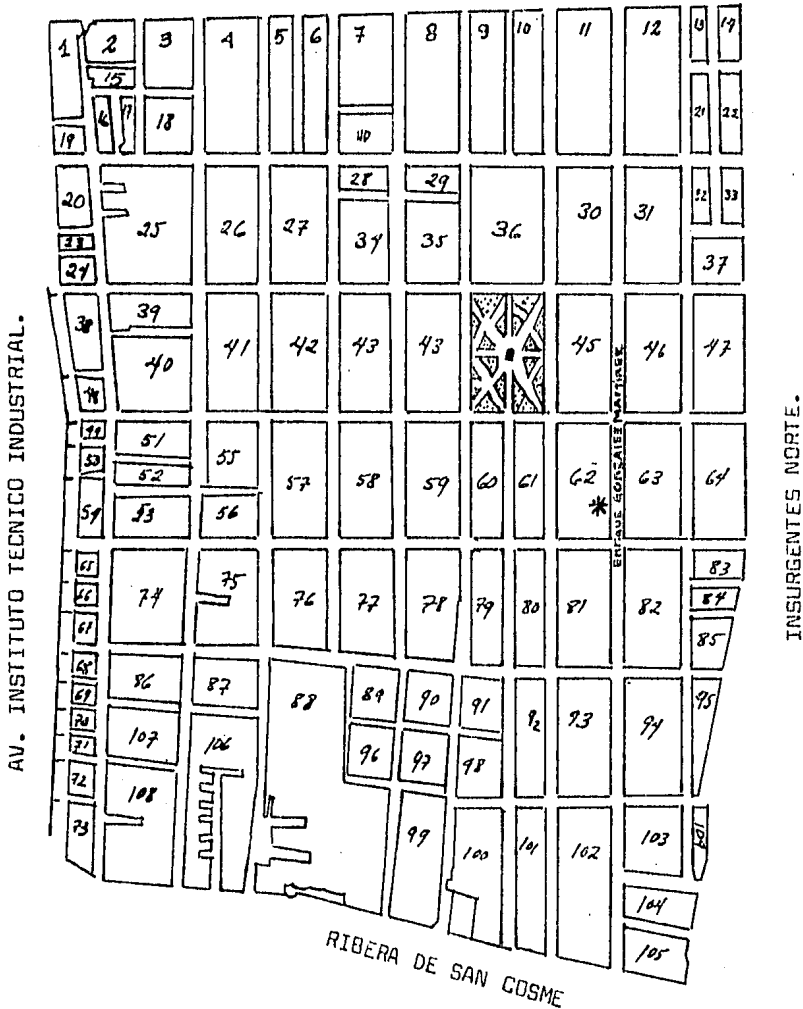
Se eligió como universo de trabajo la población total de las casas habitación de la colonia Sta. María la Ribera, ya que en esta zona se encuentra ubicado el C.C.S.M. . Para esto se obtuvo un mapa de la colonia dividido por manzanas (fig.3) facilitado por las autoridades de la Delegación Política Cuauhtémoc, y de esta manera se realizó la distribución de los en-

FIG. 3.

COLONIA SANTA MARIA LA RIBERA



FLORES MAGON



\* CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL. (C.C.S.M.)  
Enrique González Martínez # 131.



cuestadores. La recolección se realizó casa por casa tomando como únicos requisitos para contestar el cuestionario el que el encuestado fuese mayor de 18 años y que hubiese permanecido por lo menos dos años viviendo en dicha colonia.

### METODOLOGIA

Instrumento.- En base a los lineamientos propuestos en la definición de variables, se diseñó un instrumento a manera de formato para ser aplicado en forma de censo directo sobre el universo de estudio; de esta manera se elaboró un cuestionario de 6 preguntas con respuestas de selección múltiple que se reproduce en la figura 4.

Este cuestionario está diseñado para ser llenado por el encuestador capacitado haciendo las preguntas verbales directas al encuestado.

El instrumento de trabajo fué validado y probado con una muestra de 20 personas escogidas al azar en la vía pública, y de esta manera decidiéndose su utilización en el universo de estudio.

FIG. 4

FAMILIA... (apellidos)..... ENTREVISTADO... (nombre).....

DOMICILIO..... EDAD. (solo mayores de 18 años).

TIEMPO DE VIVIR EN LA COLONIA... (más de 2 años de estancia).....

1.- ¿CONOCE UD. EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL?

SI ( 1 )\*

NO ( 2 )\*

2.- ¿CONOCE LOS SERVICIOS QUE AHI SE PRESTAN?

a) NO

( 1 )\*

b) TRATAMIENTO PARA ALCOHOLICOS ( 2 )\*

c) TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA Y APRENDIZAJE ---  
EN NIÑOS. ( 3 )\*

d) TERAPIA DE GRUPOS ( 4 )\*

e) TERAPIA FAMILIAR ( 5 )\*

3.- ¿HA UTILIZADO ALGUNO DE LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS?

SI ( 1 )\*

NO ( 2 )\*

4.- EL SERVICIO QUE RECIBIO EN EL C.C.S.M. FUE:

a) NO PUEDE CONTESTAR ( 0 )\*

b) ADECUADO ( 1 )\*

c) INADECUADO ( 2 )\*

d) INDIFERENTE ( 3 )\*

5.- ¿CREE UD. QUE EL C.C.S.M. APORTE BENEFICIOS A SU COMUNIDAD?

SI ( 1 )\*

NO ( 2 )\*

6.- ¿RECOMENDARIA UD. AL C.C.S.M. A OTRAS PERSONAS?

SI ( 1 )\*

NO ( 2 )\*

\* codificación utilizada (ver texto).

Censo.- Para la recolección de los datos se contó con la colaboración de un grupo de 50 estudiantes de la carrera de enfermería que hacía prácticas de comunidad y se encontraba rotando -- por el C.C.S.M. a las cuales se les capacitó en un período de 5 días dentro del propio centro para la realización de la encuesta, haciéndoles la aclaración de que podían dar mayores datos -- al encuestado en el momento del censo como podía ser la dirección del mismo, siendo ésto considerado en base a que por muchos años se le conoció como Centro para la Prevención del Alcoholismo (CEPRA). Se les indicó también la utilización de un código especial (999999) que debía ser anotado en el formato en aquellos casos en que no se encontrara nadie en la dirección -- del domicilio o en los casos en que los encuestados se reusaran a contestar el cuestionario.

Levantamiento.- La realización del censo se efectuó durante -- la primera semana del mes de abril de 1984, cumpliéndose aproximadamente un año con siete meses de iniciadas las actividades -- del C.C.S.M.. En la programación se planearon 5 días para la realización de los cuestionarios; sin embargo, éste se efectuó en solo 3 días. Al finalizar el levantamiento los mismos encuesta-

dores codificaron las respuestas obtenidas en cada formato de acuerdo con el código que se especifica en la fig.3 (15).

Procesamiento.-- Una vez obtenida la codificación de las respuestas de los cuestionarios, se procedió a sistematizar la información en hojas de vaciamiento de datos y de ahí se procedió a incorporar la información en un "Basic Home Computer System" (15)(16)(17)(18), donde se procesó la información. (ver anexo 1).

### RESULTADOS

Al finalizar el procesamiento de datos se obtuvo la siguiente información:

INDICE DE RESPUESTA A LA ENCUESTA  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984

Cuestionarios	#	%
Contestados	2012	80.54
No contestados	483	19.34
Anulados	3	0.12
TOTAL	2498	100

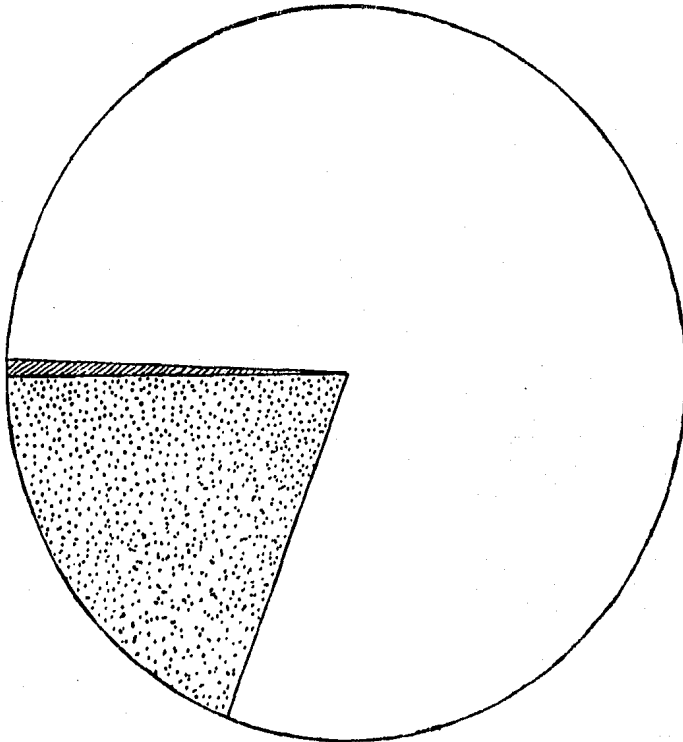
El índice de respuesta a los cuestionarios de la encuesta, reveló un total de 2498 cuestionarios utilizados, de los cuales

2012 (80.54%) fueron contestados completos; 483 (19.34%) no --  
fueron contestados, ya sea porque no se encontraba a nadie en--  
los domicilios o bien porque se reusaron a contestar el cues--  
tionario. Por último 3 cuestionarios (0.12%) fueron anulados -  
por estar incompletos o mal contestados.

INDICE DE RESPUESTA A LA ENCUESTA

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



- Cuestionarios contestados (80.54%)
- Cuestionarios no contestados (19.34%)
- Cuestionarios anulados (0.12%)

FRECUENCIA DE CODIGOS DE RESPUESTA  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984

<u>CODIGOS</u>	<u>#</u>	<u>%</u>
212022	1487	59.17
212011	343	13.73
131111	29	1.16
112022	28	1.12
112322	27	1.08
112011	21	0.84
*19 códigos diferentes	80	3.20
999999	483	19.34
<hr/>		
TOTAL	2498	100

\* ver anexo 2.

Una vez procesada la información, se obtuvieron 21 códigos de respuesta diferentes en el total de cuestionarios (eliminando obviamente los 3 anulados). Fué notoria la presencia del código 212020 que representó más de la mitad de los cuestionarios (59.17%) y corresponde a encuestados que no conocen el Centro ni sus servicios, por lo que no pueden evaluar éstos, no creen que aporte beneficios a su comunidad y por lo tanto no lo recomendarían.

El siguiente código en importancia fué el 999999, que corresponde a cuestionarios no contestados ya sea porque no se encontró nadie en los domicilios en el momento de la encuesta, o bien, porque se negaron a responder; y representaron el 19.34% de los cuestionarios.

El código 212011 ocupó el tercer lugar con 13.73% del total de encuestas y se refiere a un perfil que desconoce el Centro, sus servicios, no pueden por ende evaluarlos, pero consideran que un servicio de estas características podría beneficiar a su comunidad y por lo tanto si recomendarían a otras personas su uso.

El 1.16% de los cuestionarios presentaron el código 131111 y se refiere a encuestados que si conocen el C.C.S.M., conocen el servicio de tratamiento para problemas de conducta y aprendizaje en niños, ha utilizado este servicio y lo consideraron adecuado en calidad, piensan que aporta beneficios a la comunidad y si lo recomendarían a otras personas.

El patrón de respuesta 112022, presentó una frecuencia de 1.12% y se refiere a personas que si conocen la existencia del Centro pero desconocen los servicios que presta, por lo tanto-

no pueden evaluarlos, no consideran que aporte beneficios a su comunidad y por lo tanto no recomendarían su uso.

El código 112322 que presentó una frecuencia de 1.08% de los cuestionarios, se refirió a encuestados que conocen el Centro, no conocen los servicios, son indiferentes a la calidad de los mismos, no considerando que aporte beneficios a su comunidad y por lo tanto no lo recomendarían.

El siguiente patrón en frecuencia es el 112011 con un --- 0.84% de las encuestas y se trata de personas que si conocen el Centro, no conocen los servicios, no pueden evaluar la calidad de los mismos pero consideran que un servicio con estas características si producen beneficios a la comunidad y por lo - tanto si lo recomendarían.

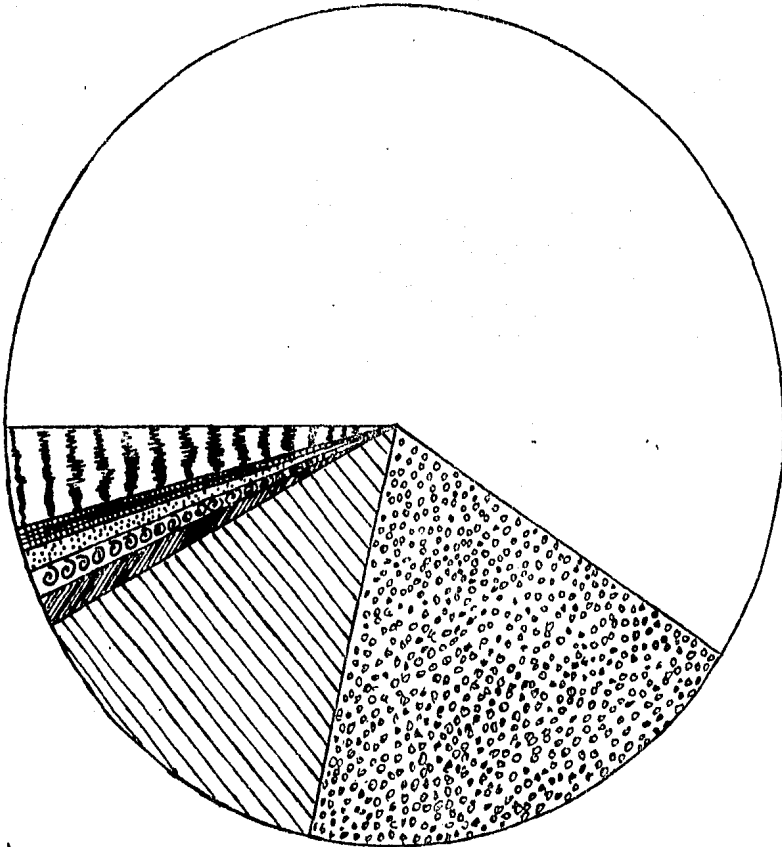
Existieron 19 códigos diferentes mas, los cuales se describen en un anexo al final de este trabajo y representaron en su conjunto solamente el 3.20% de todos los cuestionarios utilizados en la encuesta.



FRECUENCIA DE CODIGOS DE RESPUESTA

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



□	212022	( 59.17%)
▣	999999	( 19.34%)
▤	212011	( 13.73%)
▥	131111	( 1.16%)

▦	112022	( 1.12%)
▧	112322	( 1.08%)
▨	112011	( 0.84%)
▩	Otros	( 3.20%)

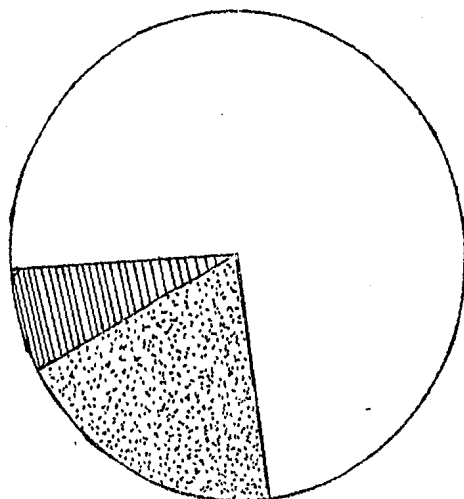
En el análisis específico de las respuestas encontramos -  
la siguiente información:




CONOCIMIENTO DEL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984

ENCUESTADOS	#	%
NO CONOCEN EL C.C.S.M.	1844	73.91
SI CONOCEN EL C.C.S.M.	168	6.81
NO CONTESTARON	483	19.36
TOTAL	2495	100

En cuanto al conocimiento de la existencia del C.C.S.M., -  
la población encuestada (2495) respondió: 1844 (73.91%) desco-  
nocen la existencia del Centro, 168 (6.81%) respondieron que -  
si conocen la existencia del Centro y 483 (19.36%) no contesta-  
ron.

CONOCIMIENTO DEL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984



	No conocen el C.C.S.M.	(73.91%)
	Si conocen el C.C.S.M.	( 6.81%)
	No contestaron.	(19.36%)

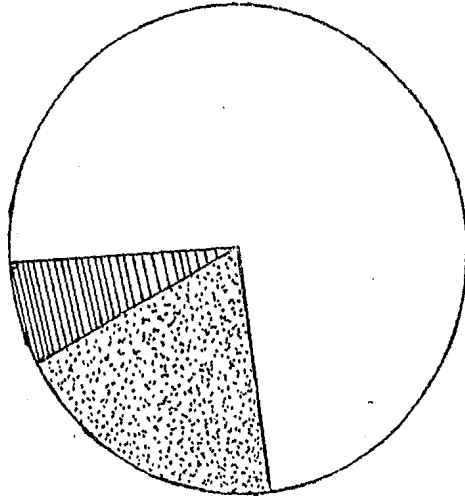
En cuanto al conocimiento de los servicios que se ofrecen en el C.C.S.M., la encuesta reveló:




CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984

CONOCIMIENTO DEL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



	No conocen el C.C.S.M.	(73.91%)
	Si conocen el C.C.S.M.	( 6.81%)
	No contestaron.	(19.36%)

En cuanto al conocimiento de los servicios que se ofrecen en el C.C.S.M., la encuesta reveló:

CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984

---

ENCUESTADOS QUE CONOCEN EL C.C.S.M.	#	%
TERAPIA DEL ALCOHOLICO.	36	21.43
TERAPIA DE NIÑOS.	37	22.02
TERAPIA DE GRUPO	3	1.78
TERAPIA DE FAMILIA	13	7.74
DESCONOCEN LOS SERVICIOS QUE PRESTA	79	47.02

---

TOTAL	168	100
-------	-----	-----

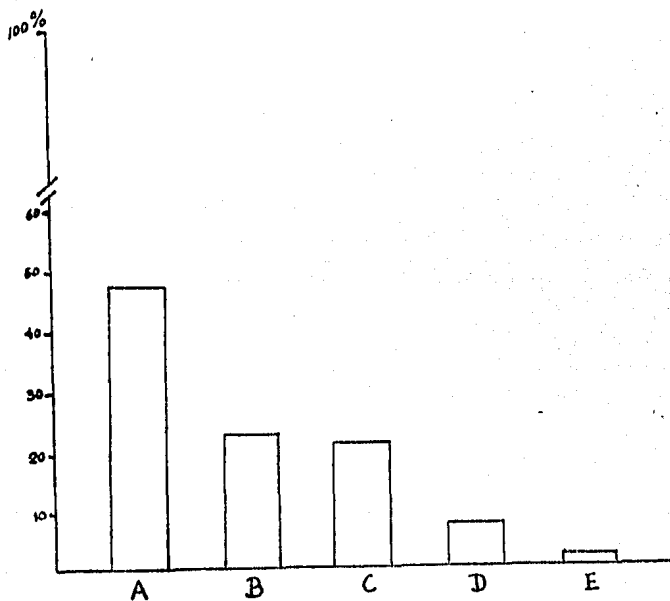
---

De los encuestados que refirieron conocer la existencia del C.C.S.M. (168 encuestados, que representa el 6.85% del total de cuestionarios), el 47.02% (79 encuestados) desconocen los servicios que el Centro ofrece, el 22.02% (37 encuestados) conocen la existencia del servicio de terapia para problemas de conducta y aprendizaje en niños, el 21.43% (36 encuestados) conocen el servicio para problemas de alcoholismo, el 7.74% (13 encuestados) conocen la existencia de terapia familiar y solamente el 1.78% (3 encuestados) refirieron conocer la existencia del servicio de terapia de grupo.

CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



- |  |          |
|--|----------|
| A. Desconocen los servicios que presta             | (47.02%) |
| B. Conocen la existencia de terapia para niños     | (22.02%) |
| C. Conocen la existencia de terapia del alcoholico | (21.43%) |
| D. Conocen la existencia de terapia familiar       | ( 7.74%) |
| E. Conocen la existencia de terapia de grupo       | ( 1.78%) |

Para evaluar la utilización de los servicios que el C.C.-  
S.M. presta, se tomaron en cuenta todos los cuestionarios de -  
los encuestados que refirieron conocer el Centro.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS EN QUIENES CONOCEN EL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984

Encuestados que conocen el C.C.S.M.	#	%
Que han utilizado algun servicio.	68	40.48
Que no han utilizado los servicios pero conocen alguno(s).	21	12.50
Que no los han utilizado pero desconocen los servicios que presta.	79	47.02
TOTAL	168	100

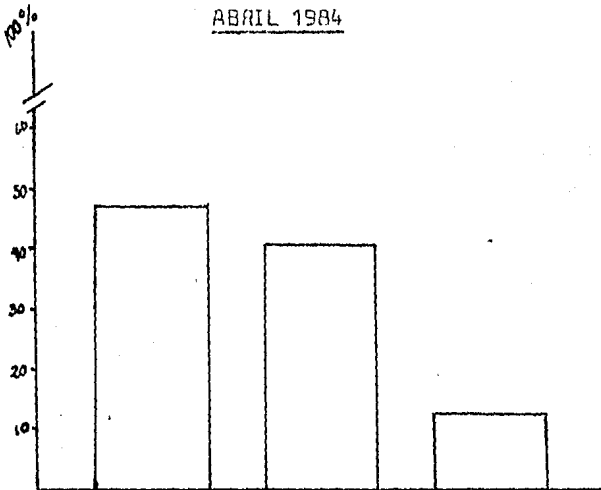
Los resultados indican que de los entrevistados que conocen el Centro (168 encuestados o sea el 6.81% de los cuestionarios totales) el 40.48% (68 encuestados) han utilizado alguno -  
de los servicios; el 12.50% (21 encuestados) no han utilizado -  
los servicios pero conocen la existencia de cuando menos uno -

de ellos; y el 47.02% (79 encuestados) conocen el Centro pero desconocen los servicios que en él se prestan y por lo tanto no los han utilizado.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS EN QUIENES CONOCEN EL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



- A. Conocen el C.C.S.M., no utilizan los servicios y desconocen éstos (47.02%)
- B. Conocen el C.C.S.M. y han utilizado algún servicio(40.48%)
- C. Conocen el C.C.S.M., no han utilizado los servicios, pero conocen alguno(s) de ellos. (12.50%)

Para la evaluación de la calidad de los servicios del C.C.

S.M. se tomaron en cuenta exclusivamente la población que res--



pondió afirmativamente a la utilización de alguno de los servicios (68 encuestados).

CALIDAD DEL SERVICIO DEL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984

<u>ENCUESTADOS QUE HAN UTILIZADO ALGUNO DE LOS SERVICIOS.</u>	<u>#</u>	<u>%</u>
ADECUADO	59	86.76
INADECUADO	3	4.41
INDIFERENTE	6	8.82
TOTAL	68	100

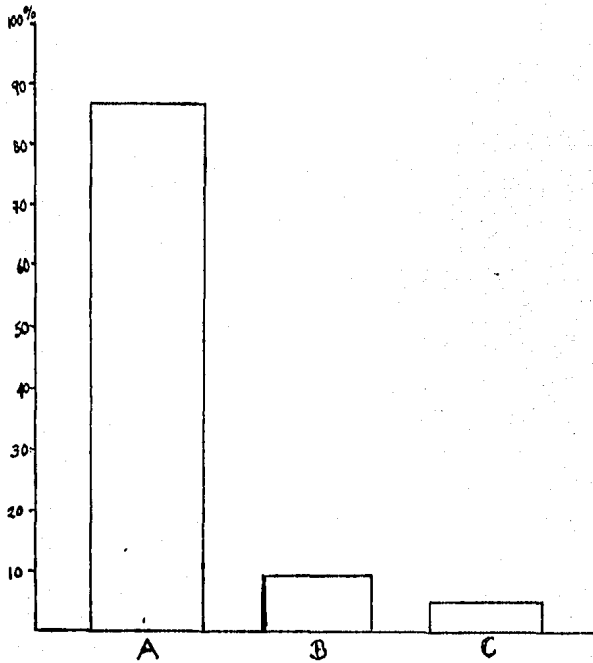
Como podemos observar del total de encuestados que han utilizado alguno de los servicios que el C.C.S.M. presta, el -- 86.76% consideraron que la calidad del servicio fué adecuada;-- un 8.82% respondieron con indiferencia a la atención y sólomente un 4.41% consideró el servicio inadecuado.

En cuanto a la opinión sobre los beneficios que el C.C.S.M. puede ofrecer a la comunidad, se tomó en cuenta el número -

CALIDAD DEL SERVICIO DEL E.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

ABRIL 1984



- A. CONSIDERARON EL SERVICIO ADECUADO (86.76%)
- B. CONSIDERARON EL SERVICIO INDIFERENTE (8.82%)
- C. CONSIDERARON EL SERVICIO INADECUADO (4.41%)

total de encuestas contestadas en forma completa (2012 encuestas que representaron el 80.54% del universo total).

OPINION SOBRE LOS BENEFICIOS COMUNITARIOS DEL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

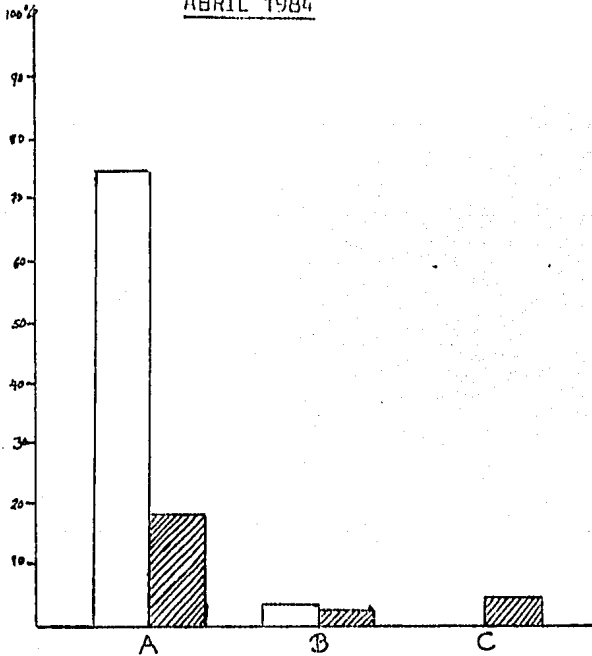
ABRIL 1984

ENCUESTAS CONTESTADAS	Si aporta beneficios		No los aporta	
	#	%	#	%
Que conocen y han utilizado el C.C.S.M.	69	3.43	0	0
Que conocen el C.C.S.M. - pero no lo han utilizado	45	2.24	55	2.73
Que no conocen el C.C.S.M.	356	17.68	1488	73.91
TOTALES	470	23.35	1543	76.64

Como se hace evidente en los resultados de la tabla, una mayoría de la población de la colonia, considera que el Centro no aporta beneficios a la comunidad (76.64% del total del universo), mientras que solamente el 23.35% consideró que si aportaba beneficios a su comunidad. Sin embargo, al analizar con mayor cuidado la tabla podemos observar que ninguno de los que han utilizado el C.C.S.M. (3.43%) opinaron negativamente a este

cuestionamiento, mientras que los que contestaron en forma negativa el 96.44% de ellos desconocen incluso la existencia del Centro.

OPINION DE LOS BENEFICIOS COMUNITARIOS DEL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984



A. No conocen el C.C.S.M. (91.56%)

B. Conocen el C.C.S.M. pero no lo han utilizado. (4.97%)

C. Conocen el C.C.S.M. y lo han utilizado. (3.46%)

□ NO APORTA BENEFICIOS COMUNITARIOS.

▨ SI APORTA BENEFICIOS COMUNITARIOS.

En cuanto a la última pregunta del cuestionario, de que si recomendarían la asistencia al Centro a otras personas, se tomó nuevamente el total de encuestas que contestaron afirmativamente al conocimiento de la existencia del C.C.S.M. (6.81% del total de encuestas y representa 168 cuestionarios).

RECOMENDARIAN LA ASISTENCIA AL C.C.S.M.

COL. STA. MARIA LA RIBERA

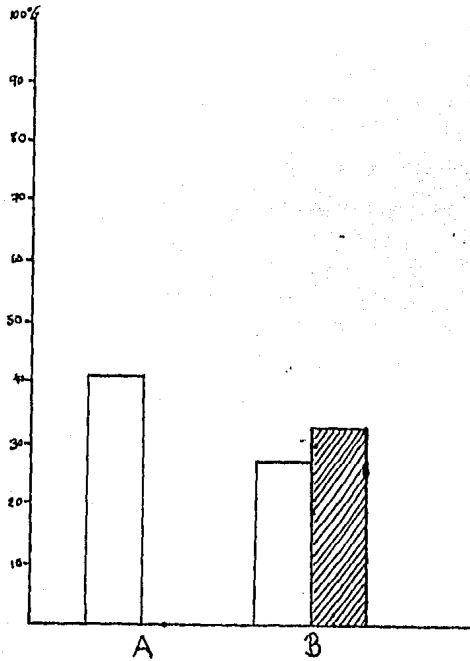
ABRIL 1984

ENCUESTADOS QUE CONOCEN EL C.C.S.M.	si lo recomendarían		no lo recomendarían	
	#	%	#	%
Que han hecho uso de los servicios.	68	40.48	0	0
Que no han hecho uso de los servicios.	45	26.78	55	32.73
TOTALS	113	67.26	55	32.73

Los resultados de nueva cuenta nos indican como en la pregunta anterior, que los encuestados que han hecho uso del Centro tienen un mejor concepto del mismo y ninguno de ellos (0%) refiere no estar de acuerdo con recomendarlo, lo contrario suce

de con los que no han utilizado los servicios ya que el 55% de ellos no lo recomendarían.

RECOMENDARIAN LA ASISTENCIA AL C.C.S.M.  
COL. STA. MARIA LA RIBERA  
ABRIL 1984



A. Conocen el C.C.S.M. y han utilizado alguno de sus servicios (40.48%).

B. Conocen el C.C.S.M. pero no han utilizado sus servicios (59.55%)

- SI LO RECOMENDARIAN.
- NO LO RECOMENDARIAN.

### CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos podemos llegar a algunas consideraciones:

1.- La respuesta de la comunidad hacia la encuesta se puede considerar buena, ya que el 80.66% de los encuestados accedió a responder a los cuestionarios, siendo éste un porcentaje aceptable.

2.- En cuanto a la frecuencia de los códigos, es importante señalar que más de la mitad de los cuestionarios respondidos correspondió a un mismo perfil de respuestas (59.17%) y se refiere a aquellas personas que desconocen la existencia del Centro y sus servicios, y consideran que un centro de estas características no proporcionaría beneficios a su comunidad. Este dato es de suma importancia, ya que a esta población es a la que principalmente deberán ir encaminados los esfuerzos de difusión y promoción del C.C.S.M. en un futuro inmediato, tomando en cuenta -

que se deberán de tomar medidas específicas para vencer las resistencias que este sector de la población evidencia en su código de respuesta.

3.- Existe un porcentaje del 13.73% de los encuestados que tampoco conocen el Centro y sus servicios, pero ofrecen una mayor disposición para aceptarlo como un recurso adecuado y de ve ne ficio para su comunidad, por lo que debemos suponer que el a b o r d a j e por los programas del C.C.S.M. será más factible.

4.- En el análisis específico de respuestas es notorio de inmediato la magnitud de la población de la colonia que desconoce la existencia del Centro (73.91%), siendo éste un dato su m a m e n t e i m p o r t a n t e para calcular los esfuerzos que el C.C.S.M. tendrá que emprender en el futuro para difundirse dentro de la comunidad a la que pertenece. Solamente un 6.81% de los formularios utilizados evidenciaron conocimiento de la existencia - d e l C e n t r o y de éstos casi la mitad (47.02%) desconoce los ser v i c i os que ahí se prestan. Considerando que la encuesta se rea



lizó en población general de la colonia debemos suponer que --  
los esfuerzos en materia de promoción y educación para la sa--  
lud, no han sido hasta el momento los suficientes en esta colo--  
nia, convirtiéndose automáticamente en un esfuerzo prioritario.

5.- En materia del conocimiento de los servicios se obtu--  
vo un dato interesante: Si bien desde 1969 hasta 1982 el inmue--  
ble que ocupa el C.C.S.M. atendió específicamente problemas de  
alcoholismo de la población, en este momento solo el 21.43% de  
los encuestados que conocen el Centro contestaron conocer la -  
teràpia para problemas de alcoholismo que en él se brinda, --  
mientras que el 22.02% conocen el servicio para problemas de -  
conducta y aprendizaje en los niños. Este fenómeno ha sido po--  
sible probablemente por la gran demanda de este tipo de servi--  
cio y el contacto que se ha establecido con los planteles edu--  
cativos de la colonia que han canalizado pacientes frecuente--  
mente detectados inicialmente por ellos. En cuanto a la terà--  
pia familiar y de grupo presentan un 7.74% y un 1.78% de las -

encuestas que los conocen respectivamente; ésto sería explicable por la menor demanda de estos servicios, sin embargo, es posible esperar un incremento de la demanda de terapia familiar que se desprenda de actividades que en el Centro paulatinamente cobran mayor importancia como es el caso de la formación de "Escuelas de Padres".

6.- En cuanto a la utilización de los servicios del Centro en importante señalar que el 40.48% de los encuestados que conocen la existencia del Centro, han utilizado alguno de sus servicios, por lo que podemos suponer que hace falta un incremento en las actividades extramuros dirigidas a la población general, sana y en riesgo, ya que por el momento casi la mitad de la población de la colonia que conoce el C.C.S.M. son usuarios del mismo.

7.- La evaluación de la calidad del servicio que presta el C.C.S.M. evidenció gran aceptabilidad, revelando que el 86.76% de los usuarios consideraron que el servicio fué adecuado para la solución de sus problemas, y sólo el 8.82% lo consideró inadecuado.

cuado.

8.- Sobre la opinión de los beneficios que el C.C.S.M. -- puede aportar a la comunidad, es importante señalar que todos los usuarios consideraron que el C.C.S.M. aporta beneficios a la comunidad; de los que conocen la existencia del Centro pero no lo han utilizado, sólomente el 2,73% consideraron que no aporta beneficios. Por otro lado el 73,91% de los que desconocen la existencia del Centro, consideraron que no aporta beneficios. Con estos resultados podemos suponer que esta actitud podría ser modificable por el aumento en la difusión comunitaria del Centro y de sus servicios.

9.- La recomendación de asistencia al Centro de los encuestados a otras personas, está en relación estrecha entre los usuarios y los no usuarios, ya que los primeros opinaron todos que si recomendarían a otras personas el acudir al C.C.S.M. -- mientras que los segundos un 55% no lo recomendarían. Este resultado nos habla en forma indirecta de una opinión adecuada -

en cuanto a la calidad de los servicios que el Centro presta.

10.- En base a las nueve conclusiones anteriores, podemos resumir que es necesario aumentar las actividades comunitarias extramuros que se dirijan hacia la población general del área de cobertura, con lo que además es muy probable que cambien muchas de las actitudes negativas que la comunidad tiene para un centro de estas características.

11.- Considero que los resultados obtenidos de este estudio, aunque parciales, pueden resultar provechosos ya que ante la evidencia de un real aumento progresivo de la demanda de --- servicios (asistenciales en su gran mayoría) que existe hacia el C.C.S.M. al parecer está siendo generado por muchos solicitantes de otras comunidades; probablemente canalizados de o--- tras instituciones y no son el resultado, por el momento, de una real apertura de sus programas dentro de su propia comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PUCHEO C.: "Panorama del Campo de la Psiquiatría en la Medicina Actual". Memorias del Simposio Syntex. México D.F. 1980.
- 2.- TURNER J., PYFLOM C. "Evaluation and it's use in a Comprehensive Community Mental Health Center. Huntsville-Madison Contry Mental Health Center. pag. 1-17, 1975.
- 3.- TORRES PLANK F., BATIZ MARTINEZ G.: "Premisas de la Psiquiatría Comunitaria". Asociación Psiquiátrica Mexicana. VI Reunión Nacional. Morelia Mich. Abril-Mayo 1979.
- 4.- FREEDMAN A., KAPLAN H., SADOCK B.: "Compendio de Psiquiatría"- Salvat ed. Barcelona. pag. 742-769. 1975.
- 5.- CALDERON NARVAEZ G.: "Psiquiatría Social, Conceptos Teóricos y Principios Aplicativos". Conferencia Magistral. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Curso de Administración de Programas de Salud Mental. Julio 25, 1984.
- 6.- CAPLAN G.: "Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books.- New York. 1964.
- 7.- FREEMAN H.: "Community Psychiatry". Br. J. Psychiatry. 114: -- 481-484. 1968.

- 8.- EATON M., PETERSON M., DAVIS J.: "Psychiatry Medical Outline - Series. pag. 479-496. 4th Edition. Medical Examination Publishing Co. Inc. May 1981.
- 9.- BEIGEL A.: "Community Mental Health Centers a Look Ahead". -- Hospital & Community Psychiatry. 33(9). pag. 741-746. 1982.
- 10.- DE LA FUENTE RAMON, CAMPILLO S.C., "La Psiquiatría en México: Una Perspectiva Histórica". Gaceta Medica de México. 111 (5). pag. 421-436. Mayo 1976.
- 11.- PUCHED C., BOBADILLA J.L., CHAVEZ A., KUMATE J., LAURELL C., SEVILLA M.L., VALADEZ L.M.: "Vida y Muerte del Mexicano". Federico Quesada ed. pag. 143-187. 1982.
- 12.- "MANUAL DE PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL C.C.S.M.". Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. México D.F. 1982.
- 13.- Informes de Actividades del C.C.S.M. "Metas Programadas, Metas Alcanzadas". D.G.S.M., S.S.A. México D.F. 1982-1984.
- 14.- O.M.S. "Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo". 16º Informe del Comité de Expertos de la O.M.S. en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos, 564. Ginebra 1975.

- 15.- GRAHAM, NEST. "Microprocessor Programming for Computer --- Hobbyists". Ed. Tab Books Inc. Blue Rodge PA 1978.
- 16.- REFERENCE MANUAL LLEVEL II BASIC. Radio Shark. Fort Worth, Texas 1978.
- 17.- WORD, BRRE. "Microprocessor/Microprogramming Handbook" Ed. - Tab Books Inc. Blue Rodge Sunmit. PA 1977.
- 18.- DIRKSEN, A.J., "Microcomputers". Ed. Tab Books Inc. Blue -- Rodge. PA 1982.
- 19.- CAVAZOS NDRA M.S.P.: "Manual del Curso de Estadística Aplica da a la Investigación para Alumnos del Curso de Psiquiatría" Departamento de Salud Mental, Psicología Médica y Psiquia-- tría. Universidad Nacional Autónoma de México. 1983.

ANEXO 1

PROGRAMA UTILIZADO EN EL PROCESAMIENTO DE DATOS:

```
10      DATA  A# ..... 31
20      READ   A#
30      B# = " 1,2,3..."
40      IF     A# = B#   THEN GO TO 80
50      PRINT  "ESTA NO ES IGUAL A B#"
60      GO TO 20
70      END
80      A = A + 1
90      PRINT  "LA CANTIDAD DE MUESTRAS
              QUE COINCIDEN CON....."
              B# "SON" A
100     GO TO 20
110     END.
```

(15)(16)(17)(18).



ANEXO 2

Descripción de los 19 perfiles restantes de la encuesta  
con sus respectivos porcentajes:

1.- 121111	0.68%
2.- 212012	0.52%
3.- 212322	0.04%
4.- 242011	0.04%
5.- 151111	0.44%
6.- 141111	0.08%
7.- 132111	0.08%
8.- 112311	0.12%
9.- 121211	0.12%
10.- 122011	0.36%
11.- 112021	0.04%
12.- 152311	0.04%
13.- 122311	0.08%
14.- 121311	0.16%
15.- 151311	0.04%
16.- 141311	0.04%
17.- 132011	0.24%
18.- 122111	0.04%
19.- 112222	0.04%