

293



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL PRIMER  
NIVEL DE ATENCION A LA SALUD MENTAL**

**T E S I S**  
**PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**  
**GLADIS AGUILAR DIAZ**

**ASESORES**  
**DR. RICARDO VALLIN MAGAÑA**  
**LIC. MIRTA FLORES GALAZ**

MEXICO, D.F. **HECHO CON**

**FALLA DE ORIGEN**

1989



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

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

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

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

## I N D I C E

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I	
- LA SITUACION DE LA SALUD MENTAL EN MEXICO.....	6
CAPITULO 2	
- LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD MENTAL.....	15
METODOLOGIA	
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
--HIPOTESIS.....	38
- VARIABLES.....	39
- SUJETOS.....	42
- TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO.....	44
- ESCENARIO.....	45
- INSTRUMENTOS.....	46
- PROCEDIMIENTO.....	47
RESULTADOS.....	50
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	54

LIMITACIONES.....	59
SUGERENCIAS.....	60
TABLAS DE RESULTADOS.....	61
ANEXOS.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	89

## RESUMEN

El propósito del presente estudio tuvo como objetivo - presentar las actividades que el psicólogo puede realizar en el Nivel Primario de Atención a la Salud Mental por medio de la Educación para la Salud, a un sector de la población de San Pedro Mártir Tlalpan, a fin de orientar y concientizarlos acerca de las enfermedades más comunes que los aquejan y la forma de como resolverlos.

La población fue tomada de un programa de asistencia alimentaria, que acude semanalmente al Centro de Salud Comunitario "Dr. David Fragoso Lizalde" a recibir dotación de leche. El procedimiento fue a base de pláticas de 30 min. de exposición y 30 min. para preguntas y respuestas.

Los resultados obtenidos arrojaron un incremento significativo en cuanto a consultas de medicina general, salud mental y estudios de laboratorio se refiere en tres periodos diferentes de tiempo. Así se consideró cubierto el objetivo del estudio, habiendo logrado además la motivación de la población para que este tipo de trabajos se continúen.

## INTRODUCCION

El desarrollo de este trabajo pretende hacer un breve esbozo de las funciones que los psicólogos a nivel licenciatura pueden realzar en el Primer Nivel de Atención a la Salud, ya sea en instituciones públicas de salud o bien de manera independiente. En vista de que se aprecia una notoria ausencia de aportaciones de psicólogos en aspectos comunitarios, dado que su actuación se ha centrado básicamente en la atención individual, pasando por alto que el entorno social en que se desenvuelve el individuo con frecuencia es el factor desencadenante de la actual situación psicológica de su cliente.

Por lo que considero que para lograr este objetivo se requiere de una reformulación de la actitud del psicólogo ante la cada día más creciente demanda de sus servicios por la comunidad, que lo acerque cada vez más de su universo especulativo individual a uno más aplicativo, preventivo y social a fin de lograr que la comunidad y el psicólogo sean corresponsables de la consecución y conservación del bienestar grupal, produciendo la concientización en el equipo de trabajo y cambiando la forma de interrelación y organización intra e intergrupal.

Para los fines de este trabajo se utilizó el concepto de Atención Primaria en Salud establecida por la Organización

Mundial de la Salud (1978) como "el conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, tanto en aspectos de prevención y conservación de la misma como de reparación y control de la enfermedad". En este conjunto de acciones se agrupan cinco rubros básicos que son: la Educación para la Salud, el Saneamiento del Medio, las Inmunizaciones, los Programas Básicos de Consulta a Pacientes y la Investigación Epidemiológica.

Para comprender más ampliamente el tema se pretende en primera instancia, ubicar la situación de la salud en México desde la época de la Revolución hasta nuestros días, en base a los diferentes planes de gobierno que han existido. Tratando de encontrar su vinculación con la salud mental y como esta cada día se ve más afectada como consecuencia de las rápidas transformaciones económicas y sociales a las que se está enfrentando el individuo, que hacen suponer que las políticas puestas en marcha por los diferentes gobiernos se han vuelto obsoletas para alcanzar los niveles mínimos de bienestar social y de salud.

Posteriormente se plantearán cuales han sido las actividades que los psicólogos han realizado a través del tiempo desde que esta fue reconocida como profesión y como la Ciencia Psicológica ha madurado hasta la aplicación de los princi-

pios de la Salud Pública para la reducción de los trastornos mentales por medio de una sistematización de medidas de detección temprana, prevención y fundamentalmente de Educación para la Salud, que implica un trabajo comunitario de participación-acción del psicólogo.

Basada en los aspectos teóricos, se presentará la experiencia tenida con un sector de la población de San Pedro Mártir Tlalpan, a los que se les invitó a participar en el "Programa de Educación para la Salud" cuyo propósito fue el de --- orientar y concientizarlos acerca de las enfermedades más comunes que aquejan a su comunidad para la búsqueda de herramientas para su control (que se midió a través del número de estudios de laboratorio, consultas de medicina general y de salud mental, en tres periodos diferentes de tiempo), haciendo hincapie en la importancia que representa el interés de ellos --- para buscar soluciones, en otras palabras, se buscaba la participación activa de la población consultante para lograr un mejor nivel de salud.

Tratando de mostrar con ello que el psicólogo puede -- apoyar las actividades del médico comunitario, de la enfermera en salud pública y su participación en los programas dirigidos a la comunidad debe proceder a su desarrollo, apoyarlo y continuar después de ellos. Así mismo dentro del equipo de salud, - puede asesorar acerca de las características sociales y cultu-

rales de la comunidad; localizar grupos organizados y estar en capacidad de planear las actividades que promuevan la mejor recepción y utilización de los programas de salud por parte de la población. Para lo cual puede apoyarse en información específica (estudio de comunidad) y la formulación de un "diagnóstico de necesidades educativas" para la misma.

Es evidente que al abordar un tema de esta naturaleza se presenten una serie de limitaciones; sin embargo se intenta proporcionar una visión general de la situación actual de esta modalidad, pretendiendo generar inquietudes e intereses para futuras investigaciones.

CAPITULO I

## LA SITUACION DE LA SALUD EN MEXICO

El siguiente apartado pretende hacer una breve reseña de la situación de la salud en México, a fin de ubicarla dentro de un contexto histórico que sirva de base al presente estudio.

Hasta la época inmediata a la Revolución, el rasgo -- esencial de las instituciones de salud conservó las acciones-asistenciales a través de organizaciones de beneficencia pública y privada sin que el Estado asumiera el compromiso de -- organizar servicios públicos de salud, que garantizaran el -- derecho de todo habitante a tener prestaciones de esta índole.

Fue hasta casi veinte años después, durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas, cuando se establecieron algunas formas de acción con respecto a la salud pública. Sin embargo esta propuesta se vió limitada en vista de que se desarrollaron y apoyaron con más fuerza los programas de desarrollo económico.

En el siguiente plan de gobierno (1941-1946), se propuso aumentar la fuerza de trabajo disponible mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad.- Asimismo crear un clima de confianza hacia el país en el exte

rior, para lo cual se extremarían las medidas sanitarias adecuadas para fortalecer las corrientes de turismo y el comercio internacional de mercancías. Aquí surge por primera vez la industria sin chimeneas llamada turismo y la protección al trabajador, más que a la población en general, en esta época fue creado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Durante el periodo alemanista (1946-1952), no se realizó ningún plan formal de programación y esto tuvo sus reflejos previsibles en materia de salud pública, ya que el resago de las políticas de bienestar social se agudizó, el crecimiento de la seguridad social se produjo a un ritmo muy lento y los esfuerzos del estado se dirigieron más aún al subsidio indirecto del capital privado.

En el periodo de 1953-1958 se elaboró el Plan Nacional de Inversiones, en que se relegaron notablemente las inversiones de desarrollo social. Lo que más se aproximaba a ello era un renglón denominado Construcción Pública Diversa, que incluía servicios de agua y saneamiento, habitaciones populares, mercados, rastros, hospitales y pavimentación.

Durante la administración de López Mateos (1959-1964), se elaboró el Plan de Acción Inmediata dada la creciente tasa de incremento demográfico y el gradual estancamiento del crecimiento económico, ya que el congelamiento de los programas --

de Bienestar social durante más de quince años, había sido rebasado por las demandas y conflictos populares. El mantenimiento del orden social necesario para el desarrollo estabilizador requería de algunas concesiones y mecanismos de intermediación política, que implicaban aflojar un poco el cinturón en materia de gastos sociales. Incluso se dieron concesiones a algunos sectores claves de trabajadores, de esta manera empieza a funcionar el ISSSTE.

De 1966 a 1970 se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Económico, que incluía cuatro objetivos para las políticas de salud y seguridad social que fueron: incrementar los servicios médicos en operación mediante su coordinación; intensificar los programas de control y erradicación de los padecimientos más frecuentes; cubrir los servicios de saneamiento básico e incorporar a la seguridad social el aumento de la fuerza de trabajo, e intentar extender los beneficios de aquella a la población campesina.

A partir de los setentas empezó a haber un reconocimiento estatal de las grandes carencias en materia de salud, alimentación, seguridad social, vivienda y educación que padecía el país. Durante este periodo se elaboró en México el Primer Plan Nacional de Salud, que integró las políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud.

Este Plan y los otros dos posteriores han buscado promover una red federal de hospitales y ampliar la atención a la salud que se presta en las áreas rurales a través de casas de salud, médicos comunitarios y adiestramiento de personal paramédico de las propias comunidades. Sin embargo han carecido de un modelo rector de atención a la salud que oriente las metas propuestas y las adapte a las diferentes circunstancias regionales.

Ahora bien, al tratar de evaluar los resultados de los diferentes planes de gobierno en materia de salud, se encuentra que si bien las tasas de mortalidad se han reducido notablemente en las últimas décadas, dicha reducción cuantitativa no ha correspondido a un cambio cualitativo, ya que los mexicanos continúan muriéndose por las mismas causas de hace setenta años y los grupos de edad continúan siendo los niños y los ancianos.

En cuanto a la Salud Mental, el panorama no difiere en gran medida, ya que si bien es cierto, México fue el primer país de América en que se fundó un hospital psiquiátrico, el modelo de atención utilizado había sido, hasta hace poco, en base al aislamiento, las prácticas carcelarias y los métodos curativos altamente agresivos.

La organización Mundial de la Salud (OMS), estimó en 1982 que en el mundo había 40 millones de personas que en algún-

momento de su vida sufrieron padecimientos mentales severos. El doble, 80 millones, está afectado por su dependencia a drogas, alcoholismo, retardo mental y trastornos orgánicos del Sistema Nervioso Central. El número de personas que sufren enfermedades menos severas con algún grado de incapacidad fue estimada en 20 millones (anexo 1).

En ese mismo año se estimó que en México el 1% de la población total está afectada en forma severa y que el 10% lo está en algún momento de su vida (anexo 2). Muchas de estas afecciones se presentan con frecuencia enmascaradas por quejas físicas pocas veces asociadas a un padecimiento mental.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de diferentes estudios, se ha llegado a la conclusión de la necesidad de utilizar instrumentos de detección y confirmación de los trastornos mentales que sean sensibles a las diferentes manifestaciones de la enfermedad, dado que son los médicos generales quienes establecen el primer contacto con el paciente, y que por diversas razones pasan por alto las implicaciones psicológicas que presentan los padecimientos crónicos y agudos, como la gastritis, duodenitis e hipertensión los cuales no son canalizados al servicio correspondiente.

Por ejemplo, se ha encontrado en las mujeres una clara-

tendencia a manifestar estados displacenteros una forma de --  
ánimo depresivo, en tanto que los hombres presentan somatiza-  
ciones compatibles con la angustia así como ansiedad manifies-  
ta. Así mismo, la conducta del enfermo es diferente, las mu-  
jeres con ánimo depresivo presentan como factores asociados, -  
la presencia de un padecimiento agudo aunado a ser amas de ca-  
sa sin otra ocupación. En cambio, la presencia de un padeci-  
miento crónico se asocia a los hombres con ánimo depresivo. -  
Estos hallazgos orientan tanto a la diferente patoplastia, --  
como a una diferente conducta ante la enfermedad. (Caraveo y-  
col. 1985-1986).

Dicha situación puede deberse a que a medida que las -  
formas de relación económico-social se han ido transformando-  
el individuo se ha ido enfrentando a nuevos problemas que lo-  
han mantenido oscilante entre el rango de salud y enfermedad.  
Los avances científicos y tecnológicos le han permitido aumen-  
tar su perspectiva de vida, la tecnología aplicada al confort  
y la reducción del esfuerzo físico han tenido repercusiones--  
en todos los ámbitos de la vida social, han provocado en su-  
ma una necesaria reformulación de conceptos elementales como-  
cultura, sociedad, familia, educación, salud y enfermedad.

De aquí se desprende la necesidad de cubrir la demanda  
de servicios de salud a través de un modelo que corresponda a-  
las demandas de la población, que permita una práctica metodo

lógica en la que se involucra la instancia técnica y las respuestas de la comunidad, para la solución de los problemas -- presentes y futuros por medio del aprovechamiento de los recursos materiales y económicos, así como ecológicos con que cuenta la comunidad.

Orlando Fals Borda en su obra "Causa Popular, Ciencia Popular: Una Metodología a través de la Acción" (1972), propone una alternativa para la comprensión de la realidad social que rescate el saber popular por medio de lo que él llama "Investigación - Acción", en donde la investigación social se transforma en un quehacer de aprendizaje colectivo que permita no sólo conocer los problemas y su magnitud, sino que se implanten acciones expresadas como alternativas del cambio social. Sus características fundamentales son:

- Enfatiza lo interpersonal y la determinación socio-ambiental dentro del proceso de desarrollo de la comunidad.
- Considera que el desarrollo integral del ser humano presupone una serie de suministros tanto físicos como psicosociales y socioculturales.
- Mantiene la visión del ser humano como agente de sus propias capacidades para producir el cambio social y buscar su propia realización.

- La educación es un proceso fundamental de concientización -- acción.
- La unidad de acción se dirige más a sistemas que a personas; la comunidad es el foco de atención de las actividades.
- Las técnicas de investigación, en este tipo de diseños -- deben surgir de la comprensión de la Comunidad y tener la capacidad para promover la participación activa de sus miembros.
- Los problemas y resultados son analizados, discutidos y asimilados por el grupo en conjunción con el agente exógeno, de tal forma que los productos sean patrimonio del grupo.

Se entiende entonces que un modelo de intervención comunitaria puede ser la respuesta a las demandas de la población para cubrir sus necesidades en materia de salud y desarrollo social.

Para lo cual se considera que los mayores esfuerzos deben concentrarse en la verdadera promoción de los autocuidados primarios y de autosuficiencia máxima en salud familiar y comunitaria. La promoción debe motivar a la comunidad para que asuma conscientemente la necesidad de organizarse en torno a proyectos específicos en relación a la salud y el bienestar, en donde el método de trabajo sea horizontal, democrático, críti-

co y reflexivo. (Hevia, 1985).

Así pues, si el desarrollo de la comunidad son "aque-  
llos esfuerzos de una población que se suman a las de sus go-  
biernos para mejorar las condiciones económicas, sociales y --  
culturales de sus comunidades a fin de integrarlas a la vida -  
del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacio-  
nal." (OMS, 1953]. Es justamente en este momento en que se ha-  
ce necesario recordar que el desarrollo comunitario conlleva -  
una práctica política, en la que se intenta un cambio formal -  
y cualitativo de las condiciones, estilos y niveles de vida de  
los integrantes de la misma, quienes se organizan para alcan-  
zar este objetivo.

Se tiene . . . entonces, que las políticas puestas en mar-  
cha durante los diferentes gobiernos, no han respondido a las -  
demandas de la población la cual cada día ve más difícil de al-  
canzar los niveles mínimos de bienestar social y de salud. Jus-  
tamente en estos momentos es cuando se requiere de opciones --  
que salgan de la propia comunidad para la búsqueda de solucio-  
nes. Sin embargo tantos años de paternalismo y poca atención a-  
los problemas, han provocado reacciones de apatía y confusión-  
que han limitado la autogestión. Es entonces a partir de esta-  
situación que los profesionales en áreas sociales y de salud -  
se están convirtiendo en orientadores y promotores del cambio -  
desde el seno mismo de la comunidad a través del impulso del -  
desarrollo comunitario.

C A P I T U L O   I I

LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION A LA  
SALUD MENTAL.

Una vez mencionada la situación de la salud en México - y destacada la importancia de buscar nuevos caminos hacia el - mejoramiento de la misma, en este capítulo se intentará hacer - una propuesta de cuales pueden ser las actividades que el ---- psicólogo puede desarrollar en el primer nivel de atención a - la salud y que de alguna manera estimulen la participación co - munitaria.

Para lo cual se definirán algunos conceptos claves con - la finalidad de poder entender mejor los procesos que a conti - nuación se mencionan.

Al tratar de explicar el concepto de Primer Nivel de -- Atención a la salud, se encuentra que éste surge durante la -- Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Sa - lud (OMS) celebrada en Alma Ata, URSS (1978); donde se esta -- bleció a la Atención Primaria en Salud como "el conjunto de -- acciones que se ponen al alcance del individuo, familia y co - munidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, tan - to en aspectos de promoción y conservación de la misma, como - de reparación prevención de la enfermedad". Forma parte de los servicios de salud y es la puerta de acceso del usuario a ni - veles de atención más complejos y costosos.

Las acciones que se llevan a cabo en el primer nivel de atención son:

- Educación para la Salud.
- Saneamiento del Medio.
- Inmunizaciones.
- Programas Básicos de Consulta a Pacientes.
- Investigación Epidemiológica.

De éstas acciones se tomará solo una de ellas que es la relacionada con la Educación para la Salud, aspecto cuya finalidad tiene esta tesis, entendida como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella, por medio de esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, actitudes y tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad" (OMS 1954).

Esto significa que la educación para la salud sirve como un medio para mejorar la salud individual y colectiva y promueve el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud.

Diversos autores coinciden en afirmar que la educación para la salud puede llenar el vacío entre lo que se conoce científicamente acerca de la conducta necesaria para obtener un nivel óptimo de salud y lo que realmente practica la población. Así, los esfuerzos deben ser enfocados en primer lugar al individuo que carece de los conocimientos básicos para mantenerla y en segundo término al individuo que teniendo tales conocimientos, no los practica por diversas razones. (Vega Franco H. - 1977).

Como también es una rama especializada de la Salud Pública cuenta con un cuerpo de conocimientos y técnicas que conjunta tanto a las ciencias de la salud como a las ciencias sociales, dado que explora constantemente nuevos horizontes en materia de psicología social, antropología y sociología. En suma la educación para la salud parte de premisas derivadas de conocimientos modernos sobre la conducta y su relación con la salud.

Ahora bien, en cualquier grupo humano organizado, la comunicación y el mantenimiento de las formas de vida propias de dicha sociedad son la tarea esencial en la cual intervienen todos los miembros del grupo en cuestión, por lo que cada nueva generación adquiere por este medio los conceptos, ideas y patrones de conducta probados y comprobados por sus antecesores, de esta manera se transmiten los estándares y formas de -

conducta que aseguran el funcionamiento armónico del grupo, -- así como las formas más aceptables de expresar dolor, placer, -- esperanza y comprensión que proporcionan un sentido de pertenencia al grupo. Al tratar de explicar los procesos psicológicos que se lleva a cabo durante la adquisición de las normas y valores, se encuentran tres tipos de respuesta a la influencia social, que son la sumisión en la que el individuo trata a toda costa de ser bien aceptado por el grupo al que pertenece -- para no entrar en conflicto consigo mismo ni con los demás, -- y por ello recurre a aceptar la palabra y opinión de la mayoría aún cuando él no este de acuerdo con los demás. La identificación, en la cual el individuo adopta una conducta concreta porque le sitúa en una relación satisfactoria de auto-definición hacia la persona o personas con las cuales se identifica; -- y la interiorización que es la motivación de hacer suya una creencia específica por el deseo de estar en lo cierto (Aronson 1975).

Si se trasladan estos conceptos a la vida real se observa con frecuencia que la comunidad adopta ciertos hábitos -- y costumbres como resultado de la afluencia de individuos de estratos socioculturales y educativos así como económicos diversos, en busca de mejores niveles de vida; tales individuos -- con un proceso de aculturación diferente hacen a un lado sus hábitos primarios en un intento de integrarse a su nuevo grupo social, aún cuando la conducta de ese grupo se contraponga a -- ellos. Otro factor determinante en la adquisición de productos

y servicios es la publicidad cuyos mensajes prometen prestigio y bienestar social a los consumidores de los mismos. Todas estas acciones modifican desde el exterior los estandares de vida de una comunidad; la propuesta en este momento se enfoca en la participación conciente y organizada de las personas, familias y grupos comunitarios, a través de la educación para la salud tomando como base las siguientes premisas:

a) Los individuos, familias y grupos comunitarios participen activamente solo si son consultados e intervienen en sus propias decisiones.

b) Se debe tener profunda fé en la capacidad de la comunidad para atender y abordar sus problemas de salud y enfermedad.

c) Es indispensable el reconocimiento y respeto a los conocimientos del pueblo, a su dignidad humana y a sus potencialidades individuales.

d) La comunidad debe recibir apoyo logístico y traspaso tecnológico simplificado.

e) Deben emplearse métodos endógenos autosuficientes y conforme a las tradiciones culturales y a la ecología local.

f) Muy importante es la formación de una conciencia -- crítica que permita descubrir factores causales, así como capacitarse en el ejercicio de la democracia participativa.

g) Debe haber una intervención conciente y organizada de los propios afectados en todas las fases del desarrollo.

h) Entre los objetivos de la participación está el conocimiento por parte de la población de las causas de sus propios problemas así como la búsqueda de alternativas de solución.

i) La primera tarea para la puesta en marcha de una estrategia de participación comunitaria es ubicar las organizaciones comunitaria existentes, identificarlas y establecer contacto con ellos, para actuar así con efecto multiplicador y proyección social.

La participación de la comunidad es pues un componente indispensable de la salud familiar y colectiva. El concepto -- de "salud familiar" involucra algo más que la simple suma de -- la salud individual de cada uno de los miembros de la familia, al considerar las funciones e interacciones que se producen como conjunto y unidad; así mismo el concepto de "salud comunitaria" engloba tanto la suma de la salud de cada una de las familias que integran una comunidad como las interrelaciones sociales, la organización, el desarrollo y la participaci -----

ón de los individuos, las familias y las organizaciones comunitarias en el ejercicio del derecho a la salud con los deberes que involucra. (OPS, 1981).

La importancia de la salud mental para la salud en general a nivel primario es clara tanto desde el punto de vista como cualitativo. En el mundo existen actualmente, 400 millones de personas incapacitadas de las cuales la mitad sufre de enfermedades neurológicas y psiquiátricas, incluyendo la farmacodependencia y el abuso del alcohol. Se estima que de 40 a 100 millones de habitantes sufren enfermedades mentales graves y no menos de 200 millones sufren trastornos psicosociales con distintos niveles de gravedad e incapacitación, recibiendo tratamiento deficiente o nulo. (anexos I al 13).

En cuanto al aspecto cualitativo, la vida mental es la característica humana por excelencia, que nos diferencia de los animales y da a nuestra vida su sentido más sublime. Por tanto la incapacidad física puede ser disminuida por una sólida salud mental. Muchos individuos físicamente sanos llevan vidas infelices y enfermas, marcadas por la angustia, la depresión y el abuso del alcohol o estupefacientes. Por consiguiente la sociedad debe valorar a la salud mental como causa y propósito de nuestras vidas. Se comprende entonces que la atención primaria en salud en sus objetivos de proporcionar una cobertura universal y de atender a los problemas biológicos, psico-

lógicos y sociales del individuo, tiene que incluir a la salud mental como uno de sus componentes esenciales, ya que ésta será más eficaz cuando ofrezca, además de los servicios especializados en los modelos convencionales de hospitalización y consultas externas, servicios integrados a la consulta general - en especial a nivel primario. Así mismo los principios fundamentales para el desarrollo de un programa de atención primaria en salud deben basarse en que los servicios tienen que -- ser prestados de manera precoz, integrada, continua, personalizada y a nivel local, en estrecha relación y colaboración - con la comunidad, para lo cual la actuación de los especialistas debe ser forzosamente la de promotores de cambio, que estén plenamente capacitados para detectar y organizar a la comunidad, la cual, no es una unidad estática dentro del proceso, sino por el contrario objeto y sujeto de transformación.- (Castro Albarran 1989).

Las funciones que los psicólogos han estado realizando en los servicios de salud mental de los diversos países - del mundo, varían de acuerdo a la formación de cada uno de -- ellos; así mismo a lo largo de los años su papel ha ido variando obligado por las circunstancias en las que se desenvuelven profesionalmente.

De hecho, la evaluación de los diagnósticos es casi la única característica común de su actividad en los diversos países. En realidad se dispone de pocos datos sobre el número

y la distribución de los psicólogos clínicos en Europa y -- tampoco se conocen con mucha precisión las relaciones entre -- los especialistas en Psicología escolar o en psicopedagogía -- y los psicólogos clínicos.

Hay diferencias y distinciones básicas en la práctica de la psicología clínica en los países europeos; en la República Federal de Alemania, en Irlanda, en los países bajos -- y en el Reino Unido, por ejemplo, ocupa un lugar destacado la terapéutica conductista; así como existen personas que se dedican al ejercicio privado de la profesión, situación poco -- frecuente en otros países europeos, parece sin embargo, que -- éstas diferencias nada tienen que ver con la estructura de -- los servicios de salud mental en los países mencionados.

En México se han llevado a cabo algunas investigaciones orientadas hacia la búsqueda de un perfil profesional del psicólogo, con la finalidad de determinar sus capacidades técnicas, las características de la población de profesionales y el mercado de trabajo, Los resultados obtenidos indican que generalmente son empleados en actividades de psicodiagnóstico, planeación y desarrollo de recursos humanos y psicoterapia (Arrazola 1984) y (Martínez 1981).

La Organización Mundial de la Salud pendiente también de esta problemática, convocó a una reunión de trabajo en ma-

yo de 1973, a fin de examinar las funciones encomendadas a los psicólogos clínicos y estudiar los medios de que el equipo de salud mental aprovechara lo mejor posible los conocimientos de estos especialistas. El Grupo de Trabajo hizo hincapie en que la psicología clínica no debería considerarse como un simple servicio prestado al psiquiatra en su calidad de supremo responsable del diagnóstico final, sino como un servicio prestado al paciente. Se reconoció además que el psicólogo clínico tiene que intervenir en las evaluaciones del estado del paciente que deben hacerse a intervalos regulares durante cierto tiempo y que no deben examinarse aisladamente sino en función de los factores sociales o de otro tipo que puedan influir en el estado del paciente.

Asimismo, el grupo de trabajo manifestó su convencimiento de que el psicólogo clínico tiene una función de activa participación en la prevención. Se determinó que en cuanto a la prevención primaria, le incumbe la tarea de mejorar la calidad de vida modificando las condiciones de las instituciones sociales, de tal modo que haya menos incapacidad social y psicológica. En la prevención secundaria debe abarcar la delimitación de subgrupos vulnerables y la detección de las familias y los individuos necesitados de ayuda, para proporcionárselas antes de que las presiones a las que están sometidos les causen trastornos graves. En la prevención terciaria los objetivos deben ser, evitar que haya recaídas, que la enferme

dad se haga crónica y que el enfermo haya que hospitalizarse durante largo tiempo.

En cuanto a las funciones del psicólogo clínico en la administración del tratamiento su participación es cada día más importante y variada. Ello no obstante, las mayores posibilidades de administrarlo no sólo representan una solución parcial de las necesidades a largo plazo de la colectividad, a menos que se adopten medidas de carácter social.

En algunos países los psicólogos tienden a desempeñar funciones de asesoramiento y prevención, detección de trastornos incipientes y de investigación, sea en la colectividad, sea en instituciones distintas de los hospitales y los dispensarios. Esta situación puede dar lugar a la aparición de un nuevo tipo de profesional distinto del psicólogo clínico tradicional.

El psicólogo tiene una función que desempeñar como educador médico de la colectividad en relación a toda una serie de problemas de trasfondo psicológico como son: el abuso de medicamentos, las enfermedades venéreas, la delincuencia y el retraso mental. Esa también de su incumbencia buscar soluciones distintas al ingreso en instituciones y enseñar a la colectividad a que acepte las deficiencias de algunos de sus miembros y adopte respecto a ellos una actitud más tolerante-

y más flexible. Pero dada la compleja etiología de los trastornos mentales, la acción del psicólogo clínico será más eficaz si se relaciona y desarrolla en colaboración con otros -- especialistas.

Hasta ahora, ha sido relativamente escasa la participación del psicólogo en el area de prevención de enfermedades debido a que se consideraba que su trabajo debería realizarse en el consultorio o bien en el laboratorio de investigación.- Esta situación ha sido aprovechada por otros trabajadores de la salud (medicos, psiquiatras, etc.), quienes alegan no saber para que sirve el psicólogo y por lo tanto lo subemplean.- Así por ejemplo, Calderón Narvaéz en su libro de Salud Mental Comunitaria afirma:

"Tarea difícil es la de poder determinar el papel del psicólogo dentro de un centro de salud comunitaria. La dificultad se debe a diferentes factores, siendo uno de los más importantes el que hace referencia a la condición de cientificidad de esta práctica, aceptada por unos y negada por otros, dependiendo de una u otra respuesta del contenido teórico y técnico con el cual se conciba a la propia Psicología. Teniendo en cuenta que la dimensión comunitaria es generalmente vaga, ---

cuando no nula, en lo que se refiere a la formación del psicólogo. Ya que su formación depende de la orientación y de la escuela a la que pertenezca su institución de enseñanza y por otra, a las fluctuaciones de la demanda, generalmente aceptadas por diversas modas, que determinan, según ciertos momentos del desarrollo de la sociedad, el surgimiento o la orientación prevaleciente hacia un campo determinado\*.

Se puede observar que debido a este tipo de opiniones con frecuencia el estudiante, pasante o recién graduado se limita a imitar lo que hacen los demás profesionistas sin que encuentre la plena identificación de su profesión y por lo tanto tienda a desvirtuarla.

No se ha tomado en cuenta que cuando se plantean conflictos profesionales, hay que analizar detenidamente la situación. Debido a que entre las causas de estos conflictos están los métodos distintos seguidos para la formación profesional de los psicólogos y psiquiatras, la duración diferente de sus estudios y la desigualdad de las situaciones profesionales de cada uno de ellos.

Además en el sistema de medicina individual, el médi-

co adopta una actitud pasiva ante el paciente ya que este es quien tiene que buscar el alivio que necesita. Aún cuando la persona continúe con su malestar, si no acude a la consulta, el médico no tiene ninguna obligación de ventilar su caso, supervisando el curso de su enfermedad. Sin embargo cada día es más frecuente observar la necesidad de orientación -- que requiere la población para un funcionamiento más satisfactorio tanto individual, como familiar y social.

Los problemas sociales que vive el mundo y en particular nuestro país, como son: la crisis económica, los desastres naturales, los accidentes y los homicidios, son indicadores de la necesidad de una revolución epidemiológica, como lo propone Milton Terris (1982), en la cual sin que se pierdan de vista las enfermedades infecciosas, se ponga más énfasis en la prevención y tratamiento de padecimientos crónicos, mentales y de rehabilitación social, problemas que cada día son más frecuentes en nuestra sociedad. Por ello se hace indispensable la participación de algún especialista en el ámbito de la salud, que sirva de enlace entre el médico y el paciente, para que pueda llevarse a cabo el proceso de adherencia terapéutica, definida como el medio a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones de terapeuta, esto es, cumple con las prescripciones recibidas (Silva Puente 1985).

El mejor especialista para llevar a cabo la planeación

programación y ejecución de este trabajo puede ser el psicólogo, quien aún cuando hasta ahora no se ha destacado ni valorizado por su actividad dentro de las comunidades de manera sistemática si cuenta con la preparación y orientación -- que se requieren para este tipo de actividades. Por otro lado la población lo reconoce como una autoridad en materia de educación y salud, dado el creciente interés en aspectos de bienestar social e integral del individuo y su grupo familiar, su dinámica y el medio en que se desenvuelven.

A lo largo de los años, el papel del psicólogo ha -- ido variando, obligado por las circunstancias en las que se desenvuelve profesionalmente. Pasa de ser un sujeto poco participativo hasta llegar a ser un promotor del desarrollo social, con una conciencia de que su capacidad intelectual y su destreza en el manejo de ciertas técnicas terapéuticas de ben ser depositadas para el uso de la comunidad. Para lo cual es preciso que se abandone el modelo médico individualista en el que el profesionista es el único ser con derechos -- y que tiene la "gracia" o el "don" para mitigar el malestar de su paciente. Actualmente la prevención juega un papel preponderante en la impartición de servicios de la salud en la que se capacita al grupo para alcanzar, fortalecer y mantener los estándares de bienestar que se requieren.

Un ejemplo de lo anterior, son las experiencias obte-

nidas en Cuba a partir de la Revolución de 1959, en donde los psicólogos pasaron de ser un grupo minoritario y sin reconocimiento oficial, a ser ejes fundamentales dentro de la estructura del Sistema de Salud Cubano en el que actualmente contribuyen a incrementar la calidad de los servicios, influyendo - dentro de los límites que le corresponden en la optimización de los servicios de salud y son el lazo de una adecuada adherencia terapéutica.

Así entonces, la inclusión del psicólogo desde las -- etapas de prevención hasta las de intervención comunitaria, -- están enriqueciendo su formación, aumentando así la cobertura de los servicios que puede otorgar. Ahora bien, su actuación definitivamente tiene que ser la de un promotor del cambio, -- porque la sociedad no es una unidad estática sino por el contrario objeto y sujeto de transformación.

Como se ha podido comprobar, la salud individual sólo es posible alcanzarla en plenitud en el contexto de la salud-familiar y comunitaria. La búsqueda de justicia social, el desarrollo integral, el acceso al derecho a la salud y la participación democrática de la sociedad son partes integrantes de los proyectos de transformación y cambio para una vida mejor, más plena y de mayor calidad para las personas, sus familias y sus comunidades.

En nuestra sociedad heterogénea no existe una solución

única que pueda imponerse verticalmente. A esta heterogeneidad debe responderse con un abanico de posibilidades de intervenciones positivas que puedan aplicarse con flexibilidad en las realidades concretas. Este verdadero pluralismo sólo puede ejercerse en un proceso auténticamente democrático y participativo.

Justamente el enfoque comunitario en Psicología enmarca una alternativa teórico-práctica que nace de la necesidad de atención ante la creciente demanda de ayuda en problemas de salud mental. (Valenzuela, 1985). Implica además, un proceso de formación y capacitación que se encuentra ligado a una perspectiva política de clase y vinculada a la acción organizada del pueblo. Educación, bienestar, organización y desarrollo son objetivos fundamentales del quehacer comunitario como vehículo para la consecución de la sensación de bienestar físico, mental y social a que hace alusión la definición de salud que propone la OMS.

La historia de la Psicología Comunitaria es la historia misma de la Psicología, la cual se ha encaminado lentamente a la atención temprana y preventiva, alejándose de los modelos tradicionales que postula la medicina convencional, individualista curativa. Franco Basaglia en su obra Antipsiquiatría y Política (1981), invita a los intelectuales y técnicos a reafirmar su papel históricamente asignado, que repite el -

modelo social de las clases dominantes y oprimidas, donde el profesionalista representa a la clase opresora y el paciente -- a la oprimida. Basaglia concretiza la lucha dentro del manicomio y propone una lucha unitaria donde el técnico o el intelectual asuma su responsabilidad histórica y promueva la salud de la comunidad a través de modificaciones a sus estándares de vida: "la lucha contra la enfermedad mental es la lucha contra la miseria".

La Psicología Comunitaria entendida como: el proceso mediante el cual, aprovechando todos los recursos y todas las habilidades, tanto de los agentes endógenos como de los exógenos se busca la modificación de las condiciones y calidades de vida de los integrantes de un ecosistema humano. (Almeida, 1988); no es una corriente más dentro de la Psicología, sino que es el producto de la evolución de esta disciplina; no surge como feudo de unos cuantos seguidores, sino de los orígenes más profundos de la ciencia psicológica: la dimensión social de la Ciencia.

La Psicología Comunitaria ha encaminado sus pasos desde la atención de las manifestaciones anormales del sujeto, -- hasta la aplicación de los principios de la Salud Pública que busca reducir el margen de presentación de casos por medio de una instrumentación de medidas de detección temprana, prevención y fundamentalmente de Educación para la Salud.

En México el avance ha sido singularmente lento, pues la Psicología tuvo que demostrar primero su capacidad para -- atender este tipo de problemas, luchando contra la incredulidad y la falta de reconocimiento de la sociedad que en la mayoría de los casos mantiene una imagen distorsionada de la actividad profesional del psicólogo, todo producto de las falsas informaciones provenientes tanto de los medios masivos de comunicación como de los pseudoprofesionales que se mantienen al margen de la ética y de la práctica responsable.

De esta manera se puede concluir que para una correcta aplicación de la epidemiología de la salud familiar y comunitaria es necesario que se supere el enfoque tradicional biológico, predominantemente descriptivo y orientado sólo al estudio de las enfermedades transmisibles, para incorporarse al estudio de los factores biopsicosociales que determinan "familias y comunidades de alto riesgo" tratando de buscar sus explicaciones causales. El fenómeno salud-enfermedad ocurre en un espacio socio-histórico, por lo que un enfoque moderno de la salud familiar y comunitaria debe orientarse hacia:

- descubrir el fenómeno salud-enfermedad en situaciones históricas concretas, con su distribución témporo-espacial y estructural;
- contribuir a la jerarquización de problemas prioritarios; -

- analizar los posibles factores causales; (López Acuña 1980) y (Gómez Jara 1983).

Actualmente se considera que los mayores esfuerzos se deben concretar en la verdadera promoción de los autocuidados primarios y la autosuficiencia máxima en salud familiar y colectiva. La promoción debe motivar a la comunidad para que -- asuma conscientemente la necesidad de organizarse en torno a -- proyectos específicos en relación a la salud y el bienestar. -- En donde el método de trabajo debe ser horizontal, crítico y reflexivo. (Hevia, 1985).

Por último, el trabajo comunitario en salud debe incorporar diversas acciones en las fases secuenciales del proceso, tales como:

- la coordinación con las organizaciones comunitarias existentes;
- el estudio participativo para la detección de problemas y -- necesidades prioritarias en salud, esto es, diagnóstico de si -- tuación;
- elaboración del programa operativo a nivel comunitario que incluya tareas a realizar para la búsqueda de alternativas -- (programación participativa);

- operación participativa y reflexiva de las tareas programadas;
- asesoría en salud a comités, escuelas, centros laborales y otras agrupaciones específicas;
- evaluación permanente para la retroalimentación y programación de las acciones siguientes (evaluación participativa).

M E T O D O L O G I A

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las características principales con la cuál - se enfrenta todo usuario de las instituciones de salud, sean éstas Hospitales, Clínicas, Centros de Salud, etc., es el --trato indiferente y poco cortés con el que el personal trata a todo aquel que solicita el servicio.

Por otro lado es frecuente escuchar las quejas que - los médicos manifiestan hacia los pacientes en relación a la escasa cooperación de éstos para con su enfermedad. Debido a que, según el Médico, el paciente cree que con el simple hecho de que sea auscultado o interrogado acerca de sus dolencias, éstas automáticamente desaparecerán. Por ello no sigue las indicaciones dadas por el médico en cuanto a la toma de medicamentos, dietas, ejercicios y demás que a la larga provocan un círculo vicioso entre el trato impersonal y la poca respuesta al tratamiento.

Esta situación era la que se percibía en el Centro de Salud Comunitario T III "Dr. David Fragoso Lizalde" de la Secretaría de Salud; en donde los médicos se concretaban a dar su consulta lo más rápido posible. En la farmacia casi nunca se encontraban los medicamentos recetados y el equipo de Trabajo Social sólo hacía contacto con la comunidad a través de un programa de Asistencia Alimentaria, el cuál utilizaban pa-

ra manipular a la gente y obligarla a participar en el reparto de volantes y carteles así como la promoción de las campañas de vacunación.

Esta situación daba por resultado que la comunidad -- mostrara poco interés en acudir al Centro de Salud, ya que -- cuando lo hacían tenían que esperar muchas horas para ser --- atendidos por los médicos y tolerar llamadas de atención --- por parte de Trabajo Social quienes los amenazaban con retirarles su dotación de leche si no acudían con más frecuencia a consulta.

Se tomó la decisión de ayudar a que ésta problemática mejorara de alguna manera. Se intentó convencer a los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de que esa no era la manera de tratar a la gente, encontrando una resistencia total a cualquier tipo de cambio porque consideraban que su actitud -- se debía a que la gente no entendía por la buena y sólo a base de castigos era capaz de emitir alguna respuesta positiva.-

Ante esta situación se optó por diseñar un instrumento que permitiera entrar en contacto directo con la población que acudía a consulta, y para ello se preparó un ciclo de pláticas relacionadas con las enfermedades más comunes, que se -- impartieron en la sala de espera y en las cuales los asistentes podían hacer todas las preguntas que quisieran, con la fi-

ralidad de probar si efectivamente la gente no quería obedecer, o lo que secedía era que, con frecuencia no comprendían las indicaciones del médico.

En muchas ocasiones la población no responde adecuadamente a los diferentes programas de atención oportuna de las enfermedades, debido a que no se les permite conocer las razones por las cuales deben adoptar ciertas actitudes hacia la salud y sólo son obligados a cumplirlas, por ello se observan conductas sumisas mientras dura la amenaza de castigo o la promesa de recompensa, para posteriormente volver a hacer su aparición las conductas iniciales. Por lo tanto ¿Si la población conoce las causas de los principales padecimientos que presenta su comunidad, así como las alternativas de solución a los mismos, aumentará el uso de los servicios de salud a su alcance?

#### HIPOTESIS

Hipótesis Conceptual-La educación para la salud es el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias actitudes y conducta respecto a la salud; así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un óptimo nivel en ella. (O.M.S. 1954).

Hipótesis Alternativa - Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de consultas de medicina general, salud mental y exámenes de laboratorio antes y después de la presencia de un programa de educación para la salud.

Hipótesis Nula - No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de consultas de medicina general, salud mental y exámenes de laboratorio antes y después de la presencia de un programa de educación para la salud.

#### VARIABLES

Variable Independiente - Programa de Educación para la Salud.

Definición Conceptual - Conjunto de esfuerzos formales, adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad. (O.M.S. 1954).

Definición Operacional - Serie de pláticas con temas de salud, psicológicos y sociales dirigidos a la población que acude a consulta médica al Centro de Salud T III "Dr. Da-

vid Frago Lizardo", con el propósito de capacitar a la misma para la autoprotección de su salud y promover la utilización de los recursos que existen en su comunidad.

Variable Dependiente - Número de consultas de medicina general, salud mental y exámenes de laboratorio.

La variable dependiente se midió en base a los siguientes criterios:

1. Consulta a Enfermos - atención médica de primera vez a todo paciente que solicitó consulta debido a un padecimiento en el momento de la solicitud.

2. Detección Oportuna de Enfermedades - atención a pacientes con sospecha y/o certeza de diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, fiebre reumática, cáncer cervico-uterino y cáncer mamario.

3. Enfermedades Transmisibles - atención a pacientes con padecimientos agudos de vías respiratorias altas y bajas, gastroenteritis infecciosas, tuberculosis pulmonar, enfermedades de transmisión sexual, rabia, poliomielitis, sarampión, tosferina, tétanos y hepatitis infecciosa.

4. Planificación Familiar - atención y promoción en-

tres los pacientes con vida sexual activa y edad fértil, la -- utilización de algún método de planificación familiar, para -- disminuir la mortalidad por aborto y sus complicaciones.

5. Consulta a Pacientes Sanos - ésta área se desarrolla en dos subprogramas; a saber:

a) Atención materno-infantil.

- atención médica a la mujer en período de gestación;
- atención médica a la población infantil para el control del niño sano por medio de vacunación, nutrición, control de peso y talla y vigilancia del desarrollo psicomotor.

b) Atención médica a adultos.

- atención a la población mayor de 15 años de edad que solicite el servicio para la elaboración de: Exámen General de Salud, Tarjeta Sanitaria, Certificado Médico Prenupcial.

6. Consulta de Salud Mental - atención psiquiátrica y psicológica a pacientes que presenten trastornos mentales y/o soliciten orientación vocacional, de pareja y familiar.

7.- Laboratorio Clínico - atención a las solicitudes de análisis clínicos para el establecimiento de un diagnóstico.

co certero y un tratamiento oportuno. Los tipos de análisis - que se consideraron para este estudio fueron:

- Coproparasitoscopico
- Hematología
- Química Sanguínea
- Exámen General de Orina
- Prueba de Embarazo
- V.D.R.L.

#### SUJETOS

La muestra fue de 630 familias, con un promedio de cinco miembros cada una.

#### Muestreo.

Los sujetos fueron seleccionados por medio de la técnica de Muestreo no Probabilístico Intencional. En el año de --- 1981 se puso en marcha una estrategia de salud llamada Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes, que se desarrolló en los centros de Salud comunitarios de la Secretaría de Salud, en el primer nivel de atención. Dentro de este programa, en 1984 se llevó a cabo un Diagnóstico de -- salud y un Estudio Socio-Económico a fin de conocer las características de la población de la zona de influencia de los centros en cuestión.

Los datos que arrojaron estos estudios, mostraron que 1180 familias deberían ser atendidas en el Centro de Salud "Dr. David Fragoso Lizalde", por considerarse población abierta, esto es, no contaban con servicio médico institucional IMSS, ISSSte, -- etc.).

El Diagnóstico de Salud indicó que los padecimientos -- más frecuentes eran, en orden de importancia, los siguientes:

- Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- Enfermedades del Aparato Digestivo.
- " Infecciones y parasitarias.
- " Genito-Urinarias.
- " del sistema Nervioso y Organos de los Sentidos.
- " de las Glándulas Endócrinas, de la Nutrición, el Metabolismo y Trastornos de la Inmunidad.
- Enfermedades de la piel y Tejido Celular Subcutáneo.
- Enfermedades del Aparato Circulatorio.
- " del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo

El Estudio Socio-Económico mostró entre otras cosas, - que la población económicamente activa era de 1189 personas, - esto es el 20% del total. De esta población el 52.6% contaba con empleo permanente y el 47.3% empleo eventual; el 38% percibía menos del salario mínimo, 27% percibía entre una y dos veces el salario mínimo.

En base a estos estudios se puso en marcha el Programa de Asistencia Social Alimentaria a Familias (P.A.S.A.F.), que consistió en proporcionar a todas aquellas familias con ingresos mensuales menores o iguales al salario mínimo y con uno o más hijos menores de ocho años de edad, una dotación de leche en polvo (7 litros) semanalmente, a fin de proporcionarles un complemento nutritivo a su dieta, teniendo como única condición su asistencia a consulta médica.

A esta población que finalmente fue constituida por 630 familias, fue a la que se les aplicó el Programa de Educación para la Salud.

#### TIPO DE ESTUDIO

El trabajo tuvo carácter de Estudio Confirmatorio de -- Campo, dado que estuvo enfocado a la promoción de los autocuidados primario en salud familiar y comunitaria.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo con Campbell y Stanley (1963) este diseño se considera pre-experimental en vista de que el investigador no puede ejercer un completo control experimental sobre las variables implicadas, porque se realizó en un escenario natural.

En este diseño se hizo un esfuerzo por conocer la situación original sobre la cual se llevó a cabo el tratamiento y se determinaron las diferencias halladas a la conclusión del mismo.

Diagramáticamente se puede ilustrar de la siguiente forma:

$$O_1 \times O_2$$

Las diferencias que pudieron identificarse como producto del tratamiento fueron dadas por la relación  $O_2 - O_1 = D$  es decir la diferencia de la mediciones antes y después del tratamiento.

#### ESCENARIO

Sala de espera del Centro de Salud Comunitario T III -- "Dr. David Fragoso Lizalde" de la Secretaría de Salud. Cuya zona de influencia abarca los pueblos de San Pedro Mártir, San Andrés Totoltepec y Chimalcoyotl, en la delegación de Tlalpan -- al sur del Distrito Federal.

El área de cobertura del Centro de Salud se limita de la siguiente manera: al norte con el inicio de la Carrera Federal a Cuernavaca, Autopista a Cuernavaca y el Club de Golf México.

Al sur con los pueblos de Ajusco y Topilejo. Al Este -- con el Colegio Militar y al Oeste con las colonias El Mirador y Tlalcoligia.

Sus características geográficas corresponden a las del sur de la Ciudad de México, con superficie irregular tipo cerro y cumbre, con abundante vegetación- lo que hace fácil el cultivo de cualquier vegetal.

El Centro de Salud cuenta con los siguientes servicios: nueve módulos de medicina general integrados por un médico, - una enfermera y una trabajadora social. Un laboratorio clínico con un químico y dos ayudantes, un Módulo de Odontología - con tres dentistas, un Módulo de Salud Mental con una Psicóloga, una Clínica de Diarreas con médico, enfermera y trabajadora social, un puesto de Vacunación y una farmacia.

#### INSTRUMENTOS.

- 1.- Programa de Educación para la Salud (Carta Descriptiva).
- 2.- Informe Estadístico Mensual del personal médico, - salud mental y laboratorio clínico que se concentra en la hoja llamada: Sistema Estatal de Información Básica. Informe Integral de la Unidad Médica. Primer nivel.

**PROCEDIMIENTO.**

El Programa de Educación para la Salud se elaboró en base a los padecimientos de mayor incidencia en la comunidad y de acuerdo al Diagnóstico de Salud previamente elaborado.

De acuerdo a la organización interna del Centro de Salud, este se divide en nueve módulos de atención médica general. Cada módulo tiene asignada una cierta área de la comunidad a fin de que sea un médico, una enfermera y una trabajadora social específicos quienes siempre atenderán a las familias que soliciten el servicio.

Conservando esta organización y procurando evitar aglomeraciones, el reparto de leche se realizó de la siguiente manera:

Lunes - módulo 1 y 2  
Martes - módulo 3 y 4  
Miércoles - 5 y 6  
Jueves - módulos 7 y 8  
Viernes - módulo 9

En base a esta organización se solicitó al equipo de Trabajo Social, quienes son las encargadas del control de asistencia y reparto de leche, permitieran a la gente de su --

módulo asistir a una charla con la psicóloga, antes de recoger su dotación.

Se estableció así el compromiso de impartir un tema por semana al público asistente, utilizando para ello un tiempo de una hora, de 10 a 11 de la mañana.

La exposición del tema se realizó durante treinta minutos, dando margen de otros treinta minutos, para que se resolvieran dudas y se contestaran preguntas. Durante la exposición se procuró evitar la utilización de lenguaje técnico dentro de lo posible.

En varias ocasiones se solicitó la presencia de algún especialista en el campo a tratar, médico, enfermera, trabajadora social, miembros de Alcohólicos Anónimos, etc., para que resolvieran de manera más explícita las dudas surgidas.

Se establecieron convenios con CONAPO y la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de la Secretaría de Salud para la donación de folletos de difusión, lo mismo se hizo con los laboratorios farmacéuticos para la transmisión de películas y diapositivas --

Cada tres semanas se llevó a cabo un repaso de los temas vistos durante ese lapso con la finalidad de repasar los aspectos más relevantes y alentar a la comunidad para que hicieran

comentarios y dieran sugerencias para la mejor realización -- del trabajo.

La ejecución del Programa abarcó seis meses de trabajo -- ininterrumpido.

Al término del Programa se procedió a realizar la eva-- luación de los resultados alcanzados, para ello se utilizaron las formas de registro estadístico que se emplean en el Cen-- tro de Salud.

Se solicitó al Servicio de Estadística los datos de con-- sulta médica, salud mental y laboratorio clínico del semestre previo a la implantación del Programa, se comparó con los ni-- veles de consulta del semestre en el cual se llevó a cabo el trabajo y se realizó un seguimiento durante los seis meses -- posteriores al programa.

## RESULTADOS

El análisis de los datos obtenidos se realizó por medio de la computadora a través del Paquete Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (S.P.S.S.), (Nie, Hue, Steinbrenner, -- Jenkins y Bent, 1975).

La variable independiente VI, fue la aplicación de un Programa de Educación para la Salud a un grupo de personas. -- La variable dependiente VD, fue el número de consultas de medicina general, salud mental y número de exámenes de laboratorio. La consulta de medicina general fue evaluada en base a los diferentes subprogramas de atención médica que se brindan a la comunidad, con la finalidad de tener un control más estricto del trabajo realizado.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo media y desviación estandar) del número de consultas otorgadas en un lapso de año y medio. Tiempo que se distribuyó de la siguiente manera: seis meses previos al tratamiento, seis meses que duró el Programa de Educación para la Salud y seis meses de seguimiento, posteriores al Programa. (Ver Tablas I a 7).

Posteriormente para aceptar o rechazar las hipótesis -- planteadas en la investigación se utilizó una prueba paramé --

trica inferencial, Prueba T para muestras relacionadas, con el objeto de conocer si había diferencias en el número de consultas Antes-Durante y Antes-Después del Programa de Educación para la Salud. (Tablas 8 y 9).

Del procedimiento anterior se obtuvo, en cuanto a la consulta de medicina general, los datos que enseguida se enumeran.

- Atención a pacientes enfermos (consulta de primera vez).

Inicialmente se contaba con una media de consultas de  $X=1201.66$  puntaje que decreció durante el tratamiento a  $X=561.50$ . De estos resultados se obtuvo una prueba  $T=5.65$  con un grado de libertad de  $P=.01$  en la comparación antes-durante. En la comparación antes-después se tenía una media de  $X=1201.66$  y  $X=818.50$  dando por resultado una prueba  $t=4.74$ ;  $P=.01$ .

- Detección oportuna de enfermedades.

Antes del tratamiento se obtuvo una media de consultas de  $X=64$  este puntaje aumentó durante el tratamiento a  $X=121.33$  lograndose con ello una  $T=4.42$ ;  $P=.01$ . En la comparación antes después se contaba con una media de  $X=64$  y  $X=86.83$  dando por resultado una prueba  $T=5.50$ ;  $P=.01$ .

- Enfermedades transmisibles.

En la comparación antes-durante se obtuvieron medias de  $X=97.83$  y  $X=987.16$  con estos puntajes se obtuvo una prueba  $T=34.03$ ;  $P=.001$ . En la comparación antes-después se obtuvieron medias de  $X=97.83$  y  $X=783.66$  con una prueba  $T=19.42$ ;  $P=.001$ .

- Planificación familiar.

En la comprobación antes-durante se obtuvieron medias de  $X=143.83$  y  $X=198.66$  dando por resultado una prueba  $T= 5.85$ ;  $P=.01$ . En la comprobación antes-después se obtuvieron medias de  $X=143.83$  y  $X=169.50$  con prueba  $T= 3.41$ ;  $P= .02$ .

- Pacientes sanos.

En la comparación antes-durante se obtuvieron medias de  $X=418.33$ ;  $X=664.16$  con prueba  $T= 2.72$ ;  $P=.05$ . En la comparación antes-después, con base en las medias de  $X=418.33$  y  $X=551$  se obtuvo una prueba  $T=4$ ;  $P= .02$ .

Con respecto a la consulta de Salud Mental, se contaba con una media de  $X=55.83$  en la etapa previa, este puntaje aumentó a  $X= 121.50$  durante el tratamiento dando como resultado una prueba  $T=13.85$ ;  $P= .001$ . En la comparación antes-después-

se obtuvieron medias de  $X=51.83$  antes del tratamiento y una media de  $X=90.66$  en la etapa posterior al tratamiento que arrojó una prueba  $T=4.28$ ;  $P=.01$ .

Finalmente, los exámenes de laboratorio presentaban una media de  $X= 851.50$  antes del tratamiento. Este puntaje aumentó a  $X= 2081.50$  durante el tratamiento lo que permitió obtener una prueba  $T=20.54$ ;  $P= .001$ . En la comparación antes-después se obtuvieron medias de  $X=851.50$  y  $X=144.33$  que arrojaron una prueba  $T=4.97$ ;  $P= .01$ .

De todo lo anterior se infiere que si hubieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de consultas de medicina general, salud mental y el número de exámenes de laboratorio ante la presencia del Programa de Educación para la Salud lo cual permite rechazar la hipótesis Nula.

## CONCLUSIONES Y DISCUSION

En este trabajo se muestra un incremento en las cifras del número de consultas obtenidas durante la aplicación del programa de Educación para la Salud. De esta manera se tiene que el subprograma de Atención a Enfermos disminuyó sus niveles de atención de consulta de primera vez. Esta situación pareciera ser paradójica a primera vista, sin embargo significó que la gente que ya acudía a consulta, lo continuó haciendo llevar a fin de llevar a buen término su tratamiento. Esta situación es precisamente la que más preocupa a las autoridades del Sector Salud, quienes observan con desaliento que muchos pacientes solo acuden a consulta una vez, lo que ha impedido llevar a cabo un seguimiento epidemiológico adecuado de su enfermedad. Hasta ahora no se ha logrado convencer a los pacientes de que continúen asistiendo al médico con regularidad. Este es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, en las cuales se gastan muchos recursos materiales financieros en la reconquista de pacientes que no acuden a control de su padecimiento.

El programa de Enfermedades Transmisibles aumentó sus niveles de consulta, fundamentalmente debido a que los padres de familia conocieron las causas de dichos padecimientos y --

y las secuelas que acarrearán cuando no son tratados oportunamente.

En cuanto al subprograma de Planificación Familiar, aún cuando el incremento en el número de consultas no fue espectacular, se pudo observar mayor comprensión de las ventajas de la misma, que repercuten en la salud física y mental de la madre y de la familia, también se observó que muchos pacientes desconocían casi en su totalidad los procesos que se dan en el desarrollo psicosexual, y las pláticas sobre este tema les animó a investigar por su cuenta y a tratar el tema con sus hijos, conyuges y demás familiares, así como a practicarse con más frecuencia la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y la auto-exploración de mama.

El subprograma de Atención al Paciente Sano se vio beneficiado en las áreas de atención y control del Niño Sano y Control Prenatal, cuyos niveles de consulta se encontraban en baja escala. Las madres se mostraron interesadas en conocer aspectos del desarrollo infantil en áreas intelectual y motora. Las madres gestantes incluso solicitaron información acerca del desarrollo prenatal.

En relación con el Programa de Salud Mental, este se había venido otorgando de manera irregular, dado que el médico psiquiatra que ahí laboraba se dedicaba a otras funciones.

Además existía el prejuicio de que los psiquiatras y psicólogos atendían a los locos y las personas que acudían al centro de salud "no estaban locos".

La estrecha relación que se dió a través del tiempo - que duró el Programa de Educación para la Salud, permitió al auditorio conocer a la psicóloga y aprender que los psicólogos pueden guardar estrecha relación con la comunidad por medio de la orientación individual y familiar, así como brindar atención especial a los trastornos de la conducta infantil, del aprendizaje y del lenguaje, así que una vez reducida la tensión inicial, solicitaron la consulta y el asesoramiento al Módulo de Salud Mental frecuentemente.

Por último, el número de análisis clínicos también aumentó durante la ejecución del programa, como consecuencia directa del número de consultas médicas subsecuentes, en donde el médico, una vez que solicitaba exámenes de laboratorio, obtuvo respuesta positiva del paciente, yendo este a aplicarse - sus estudios, lo que permitió un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

Como pudo observarse en las Tablas, los niveles de consulta y de exámenes de laboratorio disminuyeron durante los seis meses posteriores al Programa; sin embargo su disminución no alcanzó sus niveles iniciales, lo cual es indicativo de que

esta conducta es irreversible y por lo tanto permite inferir-- que hubo un proceso de aprendizaje en los sujetos que fueron - sometidos al Programa de Educación para la Salud.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos-- en este estudio permitieron detectar que los medios masivos de comunicación han realizado una labor constante de información-- que han dejado una huella palpable en la población y que la -- labor realizada en el Centro de Salud logró reafirmar sus cono cimientos y hechar por tierra las dudas que aún tenían con res pecto a la forma de abordar los problemas de salud. Esto sig nifica que la labor apenas comienza y que ahora se debe enfo-- car la atención hacia los problemas de tipo psicosocial, que - es en donde actualmente se observan mayores carencias de infor mación y falta de alternativas para resolverlos satisfactoria mente.

Es posible que alguien se pregunte si estos resulta-- dos no significan más bien una promesa de servicio que una pro mesa de salud; sin embargo si se recuerda, para mejorar las -- condiciones de vida de la comunidad se debe comenzar por difun dir la información necesaria a fin de motivar la autogestión - comunitaria, encontraremos que lo que se realizó fue precisa-- mente dar el primer paso de todo un proceso que de mantenerse, a largo plazo culminará en un mejor nivel de vida. Ahora bien, la razón por la cual se decidió a trabajar con un grupo ya for

mado se debió a que reunía una serie de características que la identificaban como representativa de la comunidad.

Es importante hacer estas aclaraciones dado que a veces se piensa que la Psicología Comunitaria solo puede lograrse en la calle, en donde se debe empezar por "ordenar" el caos que en la comunidad existe, esta apreciación esta equivocada, ya que aún cuando la población no lo parezca, existen agrupaciones basadas en normas y valores impuestas por ellos mismos, que no deben subestimarse por muy primitivas que nos parezcan.

Así mismo es probable que quien lea este estudio considere que únicamente se cumplió con la norma técnica establecida por una institución pública de salud en relación al logro -- de las metas que allí existen. Pero esto solo significaría que aún se encuentra muy arraigada la postura positivista de la ciencia ya que este trabajo se mantuvo vivo gracias a la participación, conducción y evaluación de la comunidad hacia el mismo.

## LIMITACIONES

Aún cuando la presente investigación condujo a la comprobación de que el número de consultas de medicina general, salud mental y exámenes de laboratorio aumentó ante la presencia de un Programa de Educación para la Salud, no es posible establecer una generalización de esta conclusión, considerando se probada la hipótesis solo para los sujetos que integraron la muestra, dado que:

1. La muestra no reúne las características necesarias para considerarse representativa de toda la población.
2. No se establecieron grupos controles que permitieran confirmar si el Programa de Educación para la Salud provocó el cambio en la población o si dicho cambio no pudo tener orígenes diversos.
3. No se contó con encuestas de opinión que se aplicaran a los pacientes, para medir el nivel de aprendizaje adquirido.

Desde el punto de vista práctico, se trabajó con escasos recursos didácticos a la disposición del público.

No existe un salón de actos en el Centro de Salud donde puedan llevarse a cabo este tipo de programas con más regularidad.

El equipo de Trabajo Social ha caído en la monotonía -- dando como resultado una escasa promoción de las acciones que se realizan en el Centro de Salud.

## SUGERENCIAS

A lo largo de este estudio se intento destacar la importancia que tiene el psicólogo dentro del nivel primario de --- atención a la salud, tratándo de subrayar que la Psicología como ciencia al servicio de la sociedad, debería preocuparse más en acercarse al universo preventivo y social.

Ojala que los lectores se motiven lo suficiente para -- profundizar en el tema, que encuentren mecanismos que superen el modelo expuesto, pero sobre todo que reflexionen sobre la - función social de su profesión.

TABLAS DE RESULTADOS DE LA APLICACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION

PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD "DR DAVID FRAGOSO LIZALDE"

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE  
TABLA I ATENCION A PACIENTES ENFERMOS.

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	1231	306	867
II	1187	691	795
III	1334	638	724
IV	1183	615	861
V	1379	468	822
VI	896	651	842
	M= 1201.66	M= 561.50	M= 818.50
	DS= 169.59	DS= 146.64	DS= 53.30

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE  
 TABLA 2 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	74	94	84
II	68	107	85
III	71	132	82
IV	62	164	94
V	41	127	83
VI	68	104	93
	M= 64	M= 121.33	M= 86.83
	DS= 11.95	DS= 25.37	DS= 5.26

TABLA 3 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	114	991	766
II	98	915	844
III	80	927	734
IV	110	997	684
V	111	1114	792
VI	74	979	882
	M= 97.83	M= 987.16	M= 783.66
	DS= 17.14	DS= 70.84	DS= 72.23

## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA

TABLA 4

## PLANIFICACION FAMILIAR.

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	138	191	170
II	135	211	184
III	151	190	185
IV	111	199	174
V	163	208	169
VI	208	193	135
	M= 143.83	M= 198.66	M= 169.50
	DS= 20.28	DS= 9.004	DS= 18.22

## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE

TABLA 5

ATENCION A PACIENTES SANOS.

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	452	615	495
II	406	735	538
III	391	675	508
IV	448	614	579
V	317	496	600
VI	496	660	586

M= 418.33

M= 664.16

M= 551

DS= 61.98

DS= 45.96

DS= 43.73

## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE

TABLA 6

SALUD MENTAL.

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	77	152	90
II	41	120	106
III	57	118	83
IV	55	118	94
V	66	113	84
VI	40	108	87

M= 55.83

M= 121.50

M= 90.66

DS= 14.52

DS= 15.56

DS= 8.52

## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONSULTA DE

TABLA 7 EXAMENES DE LABORATORIO

MES	ANTES	DURANTE	DESPUES
I	909	2048	1226
II	865	2131	1706
III	856	2213	1441
IV	625	2022	1387
V	1064	2063	1235
VI	790	2013	1659

M= 851.50

M= 2081.50

M= 1442.33

DS= 144.04

DS= 76.60

DS= 204.60

TABLA 8. DIFERENCIAS OBTENIDAS ANTES - DURANTE DEL PROGRAMA---  
 DE EDUCACION PARA LA SALUD EN CADA UNA DE LAS AREAS DE ASIS---  
 TENCIA MEDICA DEL CENTRO DE SALUD "DR DAVID FRAGOSO LIZALDE"

AREA	ANTES	DURANTE	T	P
Pacientes Enfermos	1201,66	560.50	5.65	.01
Detección Oportuna	64	121.33	4.42	.01
Enfermedades Transmisibles	97.83	987.16	34.03	.001
Planificación Familiar	143.83	198.66	5.85	.01
Pacientes Sanos	418.33	664.16	2.16	.05
Salud Mental	55.83	121.50	13.85	.001
Exámenes de labo- ratorio	851.50	2081.50	20.54	.001

TABLA 9. DIFERENCIAS OBTENIDAS ANTES \_ DESPUES DEL PROGRAMA -  
DE EDUCACION PARA LA SALUD EN CADA UNA DE LAS AREAS DE ASISTEN  
CIA MEDICA DEL CENTRO DE SALUD "DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE".

AREA	ANTES	DESPUES	T	P
Pacientes Enfermos	1201.66	818.50	-4.74	.01
Detección Oportuna de Enfermedades.	64	86.83	5.50	.01
Enfermedades Transmisibles	97.83	783.66	19.42	.001
Planificación Familiar	143.83	169.50	3.41	.02
Pacientes Sanos	418.33	551	4.00	.02
Salud Mental	51.83	90.66	4.28	.01
Exámenes de labo ratorio	851.50	144.133	4.97	.01

## ANEXO I

MORBILIDAD ESTIMADA / O.M.S. 1982

PADECIMIENTOS MENTALES	POBLACION
- SEVEROS	40 Millones.
- DROGAS, ALCOHOLISMO, RETARDO MENTAL, TRAS- TORNOS ORGANICOS DEL S.N.C.	80 Millones.
- MENOS SEVEROS CON- ALGUN GRADO DE INCA- PACIDAD.	200 Millones.

## FUENTE:

De la Fuente Ramón. Acerca de la Sa-  
lud Mental en México, Revista Salud -  
Mental. No. 53. 1982.

## ANEXO 2

MORBILIDAD ESTIMADA / MEXICO 1982

PADECIMIENTOS MENTALES	POBLACION
- SEVEROS	1% (693,400)
- EN ALGUN MOMENTO DE LA VIDA. (Riesgo a enfermar)	(6,934,000)

## FUENTE:

De la Fuente Ramón. Acerca de la  
Salud Mental en México. Revista  
de Salud Mental. No. 5. 3. 1982.

## ANEXO 3

POBLACION QUE SUFRE TRASTORNOS MENTALES EN EL PAIS

1985

POBLACION MAYOR DE 14  
ANOS POR 1000 HABITANTES.

ENFERMEDAD

10 a 14

PSICOSIS

12

RETARDO  
MENTAL.

FUENTE:

Manual de Medicina General, Subdirección  
Normativa, Subdirección General Médica.  
Pág. 184, 1985. I.S.S.S.T.E.

DIAGNOSTICOS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA

1985

- ESQUIZOFRENIA.
- PSICOSIS NO ESPECIFICADA
- PSICOSIS AFECTIVA
- PSICOSIS ASOCIADAS CON EFECTOS  
CEREBRALES.
- PSICOSIS ALCOHOLICAS.

FUENTE:

Informe Interno. Dirección General de Salud Men-  
tal. 1985.

GRUPO DE POBLACION DE MAS DE 20 AÑOS DE EDAD  
FARMACODEPENDIENTES EN EL PAIS

1985

POBLACION MAYOR DE 20 AÑOS                      % DE DEPENDENCIA

1.7. Millones de Enfermos                      5.7

FUENTE:

Manual de Medicina General. Subdirección  
Normativa. Subdirección General Médica.  
I.S.S.S.T.E. Pág. 184, 1985.

GRUPOS DE POBLACION DE FARMACODEPENDIENTES A OTRAS DROGAS  
(Marihuana, Solventes, Anfetaminas, Etc.) 1985

POBLACION	% DE DEPENDENCIA
DE 14 - 18 AÑOS	12
UNIVERSITARIOS	27

FUENTE:

Manual de Medicina General. Subdirección  
Normativa. Subdirección General Médica.  
I.S.S.S.T.E. Pág. 184, 1985.

En Torno al Problema de la Farmacodependencia.  
Cuadro de la Secretaría de Salud. 10 Pág. 71.  
1985.

DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN EL DISTRITO FEDERAL Y EN  
TODO EL PAIS, 1980

- DISTRITO FEDERAL	6	8	'
- PAIS	5.7	8	''
- PROPORCION	12: I	Hombre-Mujer	

FUENTE:

Medina-Mora M.E. Consumo de Alcohol en la Población del Distrito Federal. Salud Pública de México. 22 (3) 1980.

Bustamante M.E. El Alcoholismo y sus Consecuencias Socio-Económicas. Gaceta Médica de México. 107 (3) 1974.

## ANEXO 8

TASAS DE PADECIMIENTOS MENTALES EN MEXICO1971

PADECIMIENTOS MENTALES	TASA POR 1000 HABITANTES
- NEUROSIS	134
- RETARDO MENTAL	12
- PSICOSIS	10
- EPILEPSIA	3

## FUENTE:

Cabildo H.M. Panorama Epidemiológico de los Desordenes Psiquiátricos en la República Mexicana. Salud Pública de México. 13 (1) 1971.

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS  
DE LA S.S.A. (1973- 1978)

- CONSULTA EXTERNA	78,796 (1a. VEZ)
- HOSPITALIZACIÓN	29,750

FUENTE:

Laguna J.L., Tovar A.H.H., Villanueva S.R.  
 Gutiérrez A.J., La Vigilancia Epidemiológica de las Alteraciones Mentales. Depto.-  
 de Vigilancia e Investigación Epidemiológica.  
 D.G.S.M.S.S.A. Informe Técnico No. 2 México.  
 1984.

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

## PRINCIPALES ALTERACIONES MENTALES SEGUN EDAD Y SEXO

30	Consulta externa 1973 - 1978					
	H O M B R E S					
	E D A D					
5 - 14 (%)	15 - 24 (%)	25 - 34 (%)	35 - 44 (%)	45 - 54 (%)	55 - 64 (%)	65 - +
Retardo Ment.	Epilepsia	Esquizofrenia	Esquizofrenia	Neurosis	Neurosis	Demencia Pre. y Senil
(28.8)	(22.0)	(23.8)	(25.7)	(28.5)	(27.0)	(34.8)
Epilepsia	Esquizofrenia	Neurosis	Neurosis	Esquizofrenia	Demencia Senil y pre-senil.	Neurosis
(21.4)	(16.9)	(20.0)	(21.2)	(17.5)	(12.2)	(23.7)
Trans. Cond. Infancia.	Retardo Men.	Epilepsia	Epilepsia	Alcoholismo	Esquizofrenia	Psic. asoc. c/ otras afecciones**
(15.5)	(13.4)	(16.1)	(16.6)	(16.2)	(11.2)	(10.1)
Sint. esp. no Clasificados.	Neurosis	Alcoholismo	Alcoholismo	Epilepsia	Epilepsia	Esquizofrenia.
(14.8)	(11.9)	(9.1)	(15.4)	(8.6)	(6.6)	(6.2)
Trans. Mbnt. no especific.*	Adicción a Drogas	Retardo MEnt.	Retardo Ment.	Psic. Afec.	Psic. asoc. a otras afec.	Alcoholismo
(8.5)	(11.7)	(5.9)	(4.3)	(7.2)	** (5.1)	(4.8)
Otras	Otras	Otras	Otras	Otras	Otras	Otras
(10.3)	(24.1)	(25.1)	(21.8)	(22.1)	(37.9)	(20.4)

\* Particularmente problemas específicos del Aprendizaje.

\*\* Particularmente Arterioesclerosis Cerebral.

## ANEXO 11

## PRINCIPIALES ALTERACIONES MENTALES SEGUN EDAD Y SEXO

Consulta externa 1973 - 1978

18

MUJERES  
EDAD

01 - 14 (%)	15 - 24 (%)	25 - 34 (%)	35 - 44 (%)	45 - 54 (%)	55 - 64 (%)	65 + (%)
Epilepsia (30.3)	Epilepsia (26.0)	Neurosis (36.7)	Neurosis (42.4)	Neurosis (43.1)	Neurosis (37.5)	Demencia Senil y Pre (35.3)
Retardo Ment. (27.0)	Neurosis (23.4)	Esquizofrenia (22.1)	Esquizofrenia (20.0)	Esquizofrenia (15.1)	Demencia Sen. y Presenil. (13.3)	Neurosis (22.1)
Sint. Esp. no Clasificados. (11.2)	Esquizofrenia (18.6)	Epilepsia (16.6)	Epilepsia (10.8)	Psic. afec. (12.0)	Esquizofrenia (9.8)	Psic. asoc. c/ otras -- afec. cere- brales. (13.5)
Neurosis (6.2)	Psic. no espe cif. (5.1)	Otras psic. (2.7)	Retardo MEnt. (4.2)	Demencia Sen. y presenil. (4.2)	Epilepsia (5.5)	Epilepsia (4.2)
Otras (14.6)	Otras (16.8)	Otras (16.5)	Otras (15.6)	Otras (17.7)	Otras (25.6)	Otras (15.7)

Fuente: Laguna J.L. y cols. La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. Departamento de vigilancia e investigación epidemiológica. D.G.S.M. Informe Técnico No. 2 México 1984.

## PRINCIPALES ALTERACIONES MENTALES SEGUN EDAD Y SEXO

HOSPITALIZACIÓN 1973 - 1978

82

H O M B R E S  
E D A D

	5 - 14 (%)	15 - 24 (%)	25 - 34 (%)	35 - 44 (%)	45 - 54 (%)	55 - 64 (%)	65 - + (%)
Retardo Mental	(13.1)	(29.7)	(27.3)	(35.9)	(28.3)	(21.9)	Demencia Senil y Presentil. (27.5)
Epilepsia	(23.1)	(19.4)	(11.7)	(15.0)	(21.1)	(17.3)	Psic. Asoc. c/ afec. cerebrales. (14.9)
Sint. esp. no clasificados	(15.3)	(10.5)	(9.5)	(10.0)	(8.4)	(12.8)	Alcoholismo (14.0)
Trans. Ment. no especificos.	(5.6)	(7.2)	(9.5)	(5.6)	(5.3)	(9.1)	Esquizofrenia (13.7)
Trans. cond. infancia	(4.5)	(7.1)	(7.9)	(5.1)	(4.0)	(6.2)	Epilepsia (5.7)
Otras	(20.4)	(26.2)	(33.1)	(27.4)	(32.9)	(32.7)	Otras (24.2)

\* Particularmente cuadros psicóticos secundarios a la ingestión de drogas excepto alcohol.

PRINCIPALES ALTERACIONES MENTALES SEGUN EDAD Y SEXO  
HOSPITALIZACION 1973 - 1978

83

## MUJERES

## E D A D

5 - 14 (%)	15 - 24 (%)	25 - 34 (%)	35 - 44 (%)	45 - 54 (%)	55 - 64 (%)	65 - + (%)
Epilepsia (32.1)	Esquizofrenia (26.2)	Esquizofrenia (35.0)	Esquizofrenia (42.0)	Esquizofrenia (37.1)	Esquizofrenia (28.7)	Demencia Senil y Presenil (32.9)
Retardo Mnt. (18.0)	Epilepsia (15.6)	Epilepsia (11.9)	Epilepsia (12.2)	Epilepsia (12.6)	Demencia Sen. y Presenil. (14.2)	Esquizofrenia (18.8)
Sint. esp. no clasificados (13.9)	Retardo MEnt. (12.4)	Psicosis no especifica. (11.4)	Psicosis afec. (10.3)	Psicosis afec. (12.2)	Psic. afec. (10.7)	Psic. asoc. c/otras afec cerebrales. (18.3)
Esquizofrenia (5.6)	Psic. no esp. (9.6)	Retardo Ment. (9.6)	Retardo Ment. (7.5)	Retardo Ment. (6.5)	Psic. asoc. con otras afec. cereb. (10.2)	Epilepsia (7.2)
Trans. Ment. no especificos (5.1)	Neurosis (8.1)	Psic. Afec. (7.9)	Psic. no esp. (5.6)	Neurosis (5.1)	Epilepsia (10.2)	Psic. Afec. (6.0)
Otras (25.3)	Otras (28.7)	Otras (24.4)	Otras (22.4)	Otras (26.4)	Otras (26.0)	Otras (6.8)

Fuente: Laguna y cols. La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. Departamento de vigilancia epidemiológica e investigación. D.G.S.M. S.S.A. Informe Técnico No. 2 --- México 1984.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD

C.S.C. T III "DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE"

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGIA	POLENTE	DURACION	RECURSOS DIDACTICOS
ALCOHOLISMO	DEFINIR AL ALCOHOLISMO COMO UNA ENFERMEDAD. CAUSAS Y CONSECUENCIAS EN EL NUCLEO FAMILIAR.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	MIEMBROS DE A.A. PSICOLOGA Y MEDICO.	60 MIN.	PIZARRON, GISES, BORRADOR. FOLLETO: ALCOHOLISMO ANONIMOS EN SU COMUNIDAD.
ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS Y FEMENINOS.	IDENTIFICAR CARACTERISTICAS Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ORGANOS SEXUALES MASCULINOS Y FEMENINOS.	EXPOSICION VERBAL PELICULA, PREGUNTA Y RESPUESTAS.	MEDICO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	PANTALLA, PELICULA: NUESTRO CUERPO, PROYECTOR DE PELICULAS.
DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN EL NIÑO.	COMPRENDER EL PROCESO PSICOSEXUAL QUE SE PRESENTA EN ESTA ETAPA DEL DESARROLLO EL CUAL COMPRENDE DE LOS 0 AÑOS A ANTES DE LA ADOLESCENCIA.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA.	60 MIN.	PANTALLA, TRANSPARENCIAS, PROYECTOR. FOLLETO: EL MANUAL DE LA FAMILIA.
LA SEXUALIDAD EN LA VIDA ADULTA.	ANALIZAR LAS FASES QUE CONSTITUYEN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. PRESENTARLOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS AUXILIARES EN LA PLANIFICACION FAMILIAR.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA Y MEDICO.	60 MIN.	PIZARRON, GISES, BORRADOR, ROTAFOLIOS. FOLLETOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: NUESTRA SEXUALIDAD, 5 PUNTOS IMPORTANTES.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

C.S.C. T III "DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE"

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGIA	PONENTE	DURACION	RECURSOS DIDACTICOS
DESARROLLO INFANTIL NORMAL.	ANALIZAR LAS ETAPAS DE DESARROLLO INFANTIL DESTACANDO LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA Y DEL CHEQUEO MEDICO PERIODICO PARA EL CONTROL DEL NIÑO SANO.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS-PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA	60 MIN.	PIZARRON, GISES, BORRADOR, ROTAFOLIOS, CARTULINAS Y COLORES.
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO.	RECONOCER LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA APRENDIZAJE Y LENGUAJE MAS COMUNES EN LA INFANCIA. MANEJO ADECUADO Y OPORTUNO POR ESPECIALISTAS, MAESTROS Y PADRES DE FAMILIA.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS-PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA	60 MIN.	PIZARRON, GISES, BORRADOR, PANTALLA, TRANSPARENCIAS Y PROYECTOR.
ACCIDENTES EN EL HOGAR.	IDENTIFICAR LOS VECTORES MAS FRECUENTES DE ACCIDENTES PARA PREVENIR QUEMADURAS, HERIDAS E INTOXICACIONES.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS-PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA	60 MIN.	ROTAFO LIOS, PIZARRON, GISES Y BORRADOR.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

C.S.C. T III "DR. DAVID FRAGOSC LIZALDE"

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGIA	PONENTE	DURACION	RECURSOS DIDACTICOS
INMUNIZACIONES	DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACION PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA INFANCIA.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA Y ENFERMERA	60 MIN.	ROTAFOLIOS, ESTUCHE DE VACUNACION, CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION.
ENFERMEDADES - PROPIAS DE LA INFANCIA.	RECONOCER LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE PUEDEN AFECTAR A LOS NIÑOS EN QUE CONSISTEN, QUE SECUELAS PUEDEN TENER Y FORMAS DE PREVENCIÓN.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS - PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	PSICOLOGA MEDICO.	60 MIN.	ROTAFOLIOS, TRANS-PARENCIAS, PANTALLA Y PROYECTOR.
ENFERMEDADES - PARASITARIAS - MAS FRECUENTES.	RECONOCER QUE EL FECALISMO, LOS MALOS HABITOS HIGIENICOS Y EL MANEJO INADECUADO DE LOS ALIMENTOS SON CAUSAS PRINCIPALES DE LAS PARASITOSIS.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS - PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	MEDICO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	ROTAFOLIOS, PIZARRON GISES, BORRADOR, VACUNA CONTRA LA TIFOIDEA.
ENFERMEDADES DIARREICAS.	IDENTIFICAR CUALES SU IMPORTANCIA Y FRECUENCIA, APRENDER A EVITAR LA DESHIDRATACION POR MEDIO DE SUERO ORAL.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	MEDICO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	PELICULA: LA HIDRATACION ORAL. PANTALLA, PROYECTOR, SOBRES DE SUERO ORAL, JARRA Y AGUA POTABLE.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

C.S. T III "DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE"

87

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGIA	PONENTE	DURACION	RECURSOS DIDACTICOS
PREVENCION DE CARIES.	IDENTIFICAR LAS CAUSAS MAS FRECUENTES QUE INTERVIENEN EN LA APARICION DE LAS CARIES DENTALES.	EXPOSICION VERBAL. PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	ODONTOLOGO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	TRANSPARENCIAS, PROYECTOR, PANTALLA Y ROTAFOLIOS.
CANCER CERVICO UTERINO Y ESTUDIO DE PAPANICOLAOU.	IDENTIFICAR LAS CAUSAS DEL CANCER CERVICO-UTERINO Y DESTACAR LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE PAP. CADA AÑO COMO MEDIDA PREVENTIVA.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	MEDICO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	TRANSPARENCIAS, PROYECTOR, PANTALLA. FOLLETO: DETECCION-OPORTUNA DE CANCER. D O C.
CANCER DE MAMA.	APRENDER LA TECNICA DE AUTOEXPLORACION PARA LA DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	MEDICO Y PSICOLOGA.	60 MIN.	ROTAFOIOS, PIZARRON, GISES Y BORRADOR.
SANEAMIENTO AMBIENTAL.	IDENTIFICAR LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL, DEL AGUA Y LOS ALIMENTOS. IDENTIFICAR LOS MECANISMOS QUE SE PUEDEN EMPLEAR PARA LA RECOLECCION DE BASURA EN EL HOGAR.	EXPOSICION VERBAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	TRABAJADORA SOCIAL Y PSICOLOGA.	60 MIN.	ROTAFOIOS, PIZARRON, GISES Y BORRADOR.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

C.S. T III "DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE"

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGIA	PONENTE	DURACION	RECURSOS DIDACTICOS
MANEJO HIGIE- NICO DE LOS - ALIMENTOS.	RECONOCER LA IM- PORTANCIA DE LA LIMPIEZA DE LOS ALIMENTOS Y EL- ASEO DE QUIEN - LOS PREPARA PA- RA PREVENIR EN- FERMEDADES IN- FECCIOSAS.	EXPOSICION VER- BAL PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	TRABAJADORA SOCIAL Y PSICOLOGA.	60 MIN.	ROTAFOLIOS, MICROS- COPIO Y MUESTRAS FE- CALES.
HIGIENE PERSO- NAL.	DESTACAR LA IM-- PORTANCIA DE LA- HIGIENE PERSONAL EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES. IDENTIFICAR LOS- PROCEDIMIENTOS - MAS ADECUADOS PA- RA EL ESTABLECI- MIENTO DE HABI-- TOS EN LOS NIROS.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS - PREGUNTAS Y RES-- PUESTAS.	ENFERMERA Y PSICOLOGA.	60 MIN.	ROTAFOLIOS, PIZA-- RRON GISES Y BORRA- DOR.
RELACIONES FAMILIARES.	IDENTIFICAR LOS- TIPOS DE COMUNI- CACION QUE SE -- DAN EN LA FAMI- LIA Y COMO SE DE- TERMINA EL COM-- PORTAMIENTO DE - SUS MIEMBROS.	EXPOSICION VERBAL LLUVIA DE IDEAS - PREGUNTAS Y RES-- PUESTAS.	PSICOLOGA	60 MIN.	PIZARRON, GISES, - BORRADOR, FOLLETO: LA TELEVISION Y -- LOS NIROS.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, Nathan W. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Ediciones Hormé. Buenos Aires. 1986.
- 2.- "Adiestramiento de Personal en Investigaciones sobre la Educación para la Salud". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Reseñas. Agosto 1980. pp 170-175.
- 3.- Agudelo C. Carlos A. "Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y Criterios de Valoración". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Septiembre 1983. pp 205-215.
- 4.- Arrazola García, Miguel Angel. "Perfil del Psicólogo egresado de la Facultad de Psicología". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. 1984.
- 5.- "Atención Primaria en Salud en Zonas Urbanas". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Mayo 1985. pp.473-478.
- 6.- Basaglia, Franco. Antipsiquiatría Y POLITICA. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1981.
- 7.- Bastida, Roger. SOCIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Ed. Siglo XXI. México 1979.

- 8.- Biro, E. C. y Cueli, J. compiladores TRES COMUNIDADES EN BUSCA DE SU IDENTIDAD. Ed. Alhambra Mexicana. México - 1981.
- 9.- Cabildo A, Héctor M. "Panorama Epidemiológico de los desordenes Psiquiátricos en la República Mexicana". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Epoca V. Vol. XIII No. I 1971 pp-53-63.
- 10.- Cabildo A, Héctor M. "Servicios de Salud Mental en Centros de Salud". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA - Febrero 1973. pp. 146-151.
- 11.- Cabildo A, Héctor M. "La Salud Mental Social". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Epoca V. Vol. XV NO. 2 1974.
- 12.- Cabildo A, Héctor M., Moreno M, Olga. "La Educación para la Salud Mental de la Familia". Rev. HIGIENE. Vol. XXIV-- Nos. 1-2 pp. 148-151. 1974.
- 13.- Cabildo A, Héctor M. y col. "Panorama Experimental de Salud Mental en Escuelas Secundarias". Rev. SALUD PUBLICA - DE MEXICO. Epoca V. Vol. XXVIII NO. 3 1976. pp 569-580.
- 14.- Calderón Narváez, Guillermo. "Programa de Salud Mental Comunitaria en México". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Noviembre 1973. pp 430-438.

- 15.- Calderón Narváez, Guillermo y Elorriaga M. Hugo. "El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael, en México D.F.". BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Febrero 1975. pp 155-159.
- 16.- Calderón Narváez, Guillermo. SALUD MENTAL COMUNITARIA. Ed. Trillas. México 1984. pp 162-164.
- 17.- Caraveo A, Jorge., Gonzalez, Catalina,, Ramos L, Luciana Mendoza B, Patricia. "Necesidades y Demandas de Atención en los servicios de Salud Mental". Rev. SALUD PUBLICA DE-MEXICO Vol. XXVIII no. 5 1986 pp 504-514.
- 18.- Caraveo A, Jorge., Gonzalez F. Catalina., Ramos L. Luciana. "Indicadores Clínicos de Alteración Psiquiátrica en la -- Práctica Médica General". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO.- Vol. XXVII No. 2 1985. pp. 140-148.
- 19.- Castro Albarran, Patricio. "Hacia un modelo en la intención Comunitaria." Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM 1989.
- 20.- Castro A. P. y Almeida. E. "Hacia un modelo en la intervención comunitaria. Facultad de Psicología UNAM. México, julio 1988.
- 21.- Castro, Luis. DISEÑO EXPERIMENTAL SIN ESTADISTICA. Ed. - Trillas. México. 1979.

- 22.- Cid Peralta, Eusebio del, "La Educación en el Logro de una Meta: Salud para Todos en el Año 2000". BOLETIN DE LA OFICINA PANAMERICANA SANITARIA. Noviembre de 1981. pp. 401-406.
- 23.- Chiment, C. E., Diop, B.S.M., Hardinf T.W. Ibrahim, H.H.A. "La Salud Mental en la Atención Primaria en Salud. CRONICA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Vol. XXXIV -- No. 6 " unio 1980. pp. 249-255.
- 24.- Daniel, Wayne W. BIOESTADISTICA. Ed. Limusa. México. 1985.
- 25.- De la Fuente, Ramón. "Acerca de la Salud mental en México". Rev. SALUD MENTAL. Vol. 5 No. 3 1982.
- 26.- Díaz Nájera, Ricardo. "Estudio Exploratorio sobre las actividades de los Psicólogos Clínicos, así como sus opiniones respecto de su preparación y profesión". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. - 1986.
- 27.- Durán, Lilia I., Reisman, Arnold., Becerra A, José., Pucheu Regis, Carlos. "Pronóstico de Necesidades de Recursos Humanos en el Campo de la Salud Mental en México". -- BOLETIN DE LA OPS mayo 1984. pp. 387-395.

- 28.- "Educación Comunitaria en Salud: Evaluación de Programas, Actividades, Nuevas Orientaciones y Estrategias". BOLETIN DE LA OPS. Discusiones Técnicas. Abril 1981. pp. 290-302.
- 29.- Elorriaga M- Hugo. "Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal en 1975". Rev. Salud Pública de México. Epoca V. Vol XVIII No. 3 -- 1976. pp. 581-592.
- 30.- "En Torno al Problema de la Farmacodependencia". CUADERNO DE LA SSA. No. 10 1985. pp. 71.
- 31.- "Epidemiología de los Desordenes Psiquiátricos". BOLETIN DE LA OPS. Reseñas. Enero 1972 pp. 64-69.
- 32.- "Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año --- 2000". BOLETIN DE LA OPS. Crónica. Julio 1981. pp. 56-57.
- 33.- Ewalt, " .R. "La Clasificación Internacional de Enfermedades y los Conceptos del diagnóstico Psiquiátrico". BOLETIN DE LA OPS. Marzo 1971 pp. 256-259.
- 34.- Fals Borda, Orlando. CIENCIA POPULAR, CIENCIA POPULAR: -- UNA METODOLOGIA ATRAVES DE LA ACCION. Publicaciones la -- Rosca. Bogotá 1972.

- 35.- Feldman, Sadl. "Enfermedad Mental y Economía". BOLETIN DE LA OPS. Marzo 1985. pp. 201-208.
- 36.- Florenzano Urzua, Ramón y Feuarhake Molina, Oscar. "Atención Psiquiátrica en Programas de Salud General". BOLETIN DE LA OPS. Marzo 1981 pp. 200-208.
- 37.- "Formación de Grupos de Apoyo en los Programas de Salud Mental de las Zonas Rurales". BOLETIN DE LA OPS. Reseñas-Agosto 1983. pp. 182-186.
- 38.- Frankl Viktor E. "La Falta de Significado: Un Reto para los Psicólogos". PSICOPATOLOGIA Y PERSONALIDAD. Ed. Interamericana. México. 1974. pp. 201-207.
- 39.- Fromm, Erich. PSICOANALISIS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1982.
- 40.- García Manzanedo, Héctor. MANUAL DE INVESTIGACION APLICADA EN SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD. Ed. La Prensa Médica Mexicana S. A. México. 1983.
- 41.- Garza Mercado, Ario. MANUAL DE TECNICAS DE INVESTIGACION. El Colegio de México, México. 1972.
- 42.- Gómez Escriba, Juan José. "El Psicólogo y la Educación en el Medio Rural". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM 1984.
- 43.- Gómezjara Francisco. TECNICAS DE DESARROLLO COMUNITARIO. Ed. Nueva Sociología. México. 1981.
- 44.- Gómez Jara, Francisco., Pérez R. Nicolás. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACION SOCIAL. Edición Nueva Sociología. México - 1982.

- 45.- Gómezjara, Francisco., Avila J. Roselia., Morales R. Martha. SALUD COMUNITARIA: TEORIA Y TECNICAS. Ediciones Nueva Sociología. 1983.
- 46.- González Carvajal, Eleuterio. "Como la Educación para la Salud puede promover la Salud para todos a través de la participación de la comunidad en el ámbito urbano". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Epoca.VI Vol. XXIV No. I 1982 -- pp. 49-54.
- 47.- Grimson, Wilbur R. y col. Investigación Epidemiológica de Entidades Psiquiátricas". BOLETIN DE LA OPS. Diciembre de 1972. pp. 572-585.
- 48.- Gutiérrez Avila, Héctor y Barilar Romero, Elena. "Morbilidad Psiquiátrica en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México". BOLETIN DE LA OPS. Junio 1986. pp. 648-657.
- 49.- Hastings, John E.F. "Atención Primaria de la Salud en Canadá" Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVIII No. 6 --- 1986. pp. 699-711.
- 50.- Hevia Rivas, Patricio. "Participación de la Comunidad en la Atención Primaria en Salud". rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVII No. 5 1985.
- 51.- "Investigaciones de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud". BOLETIN DE LA OPS. Septiembre de 1982 pp. 261-271.
- 52.- Kerlinger, Fred N. INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO, TECNICAS Y METODOLOGIA. Ed. Interamericana. México 1985.

- 53.- "La Función del Psicólogo en los Servicios de Salud Mental". CRONICA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. -- 1974 No. 28 pp. 122-125.
- 54.- Laguna, J.L., Tovar, A.H.H., Villanueva, S.R., Gutiérrez, A.J. "La Vigilancia Epidemiológica de las Alteraciones Mentales". Depto. de Vigilancia e Investigación Epidemiológica. D.G.S.M. S.S.A. Informe Técnico No. 2 México --- 1984.
- 55.- León, Carlos A. "Investigadores 'descalzos': Papel de Estudiantes Rurales como Promotores de Salud Mental en un Estudio de Prevalencia". BOLETIN DE LA OPS. Mayo 1981. - p.p. 377-384.
- 56.- Lima, Bruno R. "Las Intervenciones Preventivas y el Registro Triaxial de los Problemas de Salud en la Atención Primaria: Oportunidades y Dificultades". Rev. SALUD MENTAL. Vol. 7 No. 2 1984 pp. 10-17.
- 57.- Lima, Bruno R. "La Atención Primaria en Salud Mental". - Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVIII No. 4 1986 pp. 354-359.
- 58.- López Acuña, Daniel. LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO. Siglo-XXI Editores. México 1980.

- 59.- López P.M. "La Contaminación del Aire". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXIV No. 5 1982.
- 60.- Llerena, Carlos y Arroyo, Pedro. "Modelos de Atención -- Primaria a la Salud". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVII No. 6 1985 pp. 540-545.
- 61.- Magnus, Marcia H. "Grado de Adaptación de Programas de Educación Sanitaria de la Comunidad en América Latina -- y el Caribe". BOLETIN DE LA OPS. Mayo 1986 pp. 477-488.
- 62.- Manual de Medicina General. Subdirección Normativa ISSSTE Subdirección General Médico. 1985.
- 63.- Martínez Otero, Lilia. "Una Aportación al Perfil Profesional del Psicólogo". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. 1981.
- 64.- Medina Mora, M.E. "Consumo de Alcohol en la Población -- del DF". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXII No. 3 - 1980.
- 65.- Molina, Gilberto., Zúñiga, M.A., Cárdenas A., Medina A., R., Solís C.P. "Alteraciones Psicológicas en niños expuestos a ambientes domésticos ricos en plomo". BOLETIN DE LA OPS. Marzo 1983.

- 66.- Natera, Guillermina., Casco, Margarita., González, Laura Newell, Juan. "Percepción de la Enfermedad Mental a través de Historietas". BOLETIN DE LA OPS. Abril 1985 pp. - 327-335.
- 67.- Ortiz Quezada, Federico. SALUD EN LA POBREZA. Ed. Nueva-Imágen. México 1982.
- 68.- Padilla, Paula., Ezbán, B.M., Medina Mora, M.E., Mas, -- C.C. Campillo, S.C. "El Médico General en la Detección - de Trastornos Emocionales". Rev. SALUD PÚBLICA. Vol. --- XXVI No. 2 1984. pp. 138-145.
- 69.- Padilla, Paula y Pelaéz, Odette. "Detección de Trastor-- nos Mentales en el Primer Nivel de Atención". Rev. SALUD MENTAL. Vol. VIII No. 3 1985.
- 70.- "Participación Comunitaria: Una Medida de la Extensión - de Cobertura de los Servicios de Salud". BOLETIN DE LA - S.S.A. Marzo 1987. pp. 20-21.
- 71.- Pérez de Francisco, César. "Los Factores Transculturales determinantes de Enfermedad Mental". SALUD PUBLICA DE ME XICO. Epoca V Vol. XIII No. 1 1971 pp. 65-70.
- 72.- Pérez de Francisco, César. "Prevención de la Invalidéz - Psiquiátrica". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Epoca V Vol

XVII No. 4 1975 pp. 481-486.

- 73.- Puente-Silva, Federico G. "¿Qué es la Adherencia Terapéutica?" ADHERENCIA TERAPÉUTICA: IMPLICACIONES PARA -- MEXICO. 1985. pp. 1-17.
- 74.- Ramos Pérez, Ma. Teresa. "Educación para la Salud: Estrategias de Aprendizaje en Adultos". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM 1987.
- 75.- Rice, Marilyn. "Educación en Salud, Cambio de Comportamiento, Tecnologías de Comunicación y Materiales Educativos". BOLETIN DE LA OPS. Enero 1985. pp. 65-77.
- 76.- Rocha Fernández, Adriana de Jesús. "Prevención Primaria en Salud Mental". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM 1988.
- 77.- Roizblatt S. Arturo., Cueto V. German., Alvarez Pia. --- Diagnóstico y Tratamiento. ¿Qué saben los pacientes?". - BOLETIN DE LA OPS. Junio 1984. pp. 491-494.
- 78.- Rojas Soriano, Raúl GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Textos Universitarios. UNAM. México 1982.
- 79.- Ruiz Velázquez, Ma. Elena. "Funciones del Psicólogo Clí-

nico en su Trabajo Profesional". Tesis de Licenciatura - en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM 1984.

- 80.- Salas, Ma. Eugenia., Rodríguez, Romeo S. y col. "Estudios de Educación para la Salud en el Ambito Escolar". - Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVI No. 5. 1984. -- pp. 426-437.
- 81.- Schuster Cortéz, Augusto. "Educación en Salud. Base para el Desarrollo Integral del Niño". BOLETIN DE LA OPS. Junio 1985. pp. 513-524.
- 82.- Simoni, Joseph J., Vargas, Luis Alberto., Casillas, Leti-  
cia. "Merolicos y Educación de Salud". BOLETIN DE LA --  
OPS. Mayo 1983 pp. 461-471.
- 83.- Soberón Acevedo, Guillermo y Narro Robles, José. "Equi-  
dad y Atención de Salud en América Latina. Principios y  
Dilemas" BOLETIN DE LA OPS. Enero 1985 pp. 1-7.
- 84.- Souza y Machorro, Mario. "La Atención Primaria y la Edu-  
cación para la Salud Mental". Rev. SALUD MENTAL Vol. VII  
No. 3 1984 pp. 15-20.
- 85.- Standard, Kenneth., Kaplan, Annette. "Educación Sanita-  
ria: Nuevas Tareas y Nuevos Criterios. CRONICA DE LA OMS

Vol. XXXVII No. 2. 1983 pp. 79-83.

- 86.- Tarnopólsky, Alejandro y col. "Enfermedad Mental e Incapacidad Social". BOLETIN DE LA OPS. Marzo 1973. pp. --- 187-198.
- 87.- Terris, Milton. LA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA Y LA MEDICINA SOCIAL. Siglo XXI Editores México 1982.
- 88.- Unidad de Planeación. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Informe Interno. - 1985.
- 89.- Valdéz Olmedo, Cuauhtémoc. "Salud y Educación: Dos Aspectos Fundamentales del Desarrollo Nacional". Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XXVIII No. 4 1986 pp. 393-404.
- 90.- Valenzuela, Asunción. "Psicología Comunitaria". Material mimeográfico inédito. Facultad de Psicología UNAM. México 1985.
- 91.- Vázquez Bustamante, Araceli. "Evolución del Entrenamiento en México: El Papel del Psicólogo en la Década de los 70.5". Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM. 1983.
- 92.- Velasco Fernández, Rafael. " Los Problemas del Adolescente" Rev. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Vol. XV. No. 2 1974 pp. --

259-261.

- 93.- Vega Franco, Leopoldo y García Manzanedo, Héctor. BASES-  
ESENCIALES DE LA SALUD PUBLICA. Ed. La Prensa Médica Mé-  
dica Mexicana México. 1977.