



10628  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ANALISIS DEL TRABAJO PREVENTIVO DE  
UNA INSTITUCION NACIONAL EDUCATIVA"

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

DIANA LILIAN DEL OLMO ALVAREZ

ASESOR: MAESTRO JORGE MOLINA AVILES



MEXICO, D. F.

1990



## **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.

## INTRODUCCION

## CONSIDERACIONES TEORICAS

1.- Salud.....	2
2.- Salud Mental.....	6
3.- Salud Pública.....	11
4.- Proceso Salud Enfermedad.....	17
5.- Los Niveles de Prevención y Atención.....	31

LA PREVENCION EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL...	42
--	----

## EVALUACION DEL TRABAJO PREVENTIVO EN UNA INSTITUCION NACIONAL EDUCATIVA.

1.- Análisis de la Institución.....	53
2.- Descripción del Programa.....	58
3.- Diagnóstico Actual de la Institución.....	77
4.- Método.....	81
- Problema.....	81
- Hipótesis.....	81
- Definición de Variables.....	83
- Sujetos.....	88
- Escenario.....	88
- Instrumento.....	89
- Tipo de Estudio.....	91
- Diseño de Investigación.....	92
- Procedimiento.....	92
- Procedimiento Estadístico.....	93

	PAG.
5.- Resultados.....	98
6.- Análisis de Resultados.....	105
7.- Conclusiones y Discusiones.....	112
8.- Límites y Sugerencias.....	117
9.- Bibliografía.....	119

## I N T R O D U C C I O N

## I N T R O D U C C I O N .

Es importante considerar que el proceso salud-enfermedad esta considerado por causas sociales, que van coartando la posibilidad de vida de los individuos, tales como la -insalubridad, la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición,- etc.; en consecuencia es importante incluir en la atención a la salud estos determinantes de tipo familiar y económico -- que deberán constituirse en la base de una infraestructura -- para los programas de salubridad, los cuales hasta ahora han sido ignorados.

La inquietud desde el inicio de este trabajo se ha manifestado en el interés por investigar la relación que se observa entre las condiciones económicas y familiares de una población, y los cambios de actitud que en ella se logran -- por medio de la prevención primaria, ésto es, el reconocimiento de los factores que generan alteraciones del desarrollo en sus hijos y que se reflejan en déficit de aprendizaje.

El propósito de la Investigación tiene como finalidad, determinar si existe alguna relación entre las condiciones económicas y familiares y la asistencia al servicio de los preescolares que presentan alteraciones leves en el desarrollo; la efectividad del Programa de Atención Preventiva, y el que los padres hayan logrado un cambio de actitud me--

diante la acción preventiva.

Siendo algunas de las limitaciones de la presente - Investigación, que al haberse realizado en un ámbito educativo, con una población que presenta características específicas, se deberán hacer posteriores investigaciones respecto - al tema tratado con diferentes tipos de poblaciones, con el fin de obtener más elementos que permitan contrastar los resultados.

Por otra parte, al investigar las condiciones económicas y familiares de una población y su relación con los lo gros que se obtienen después de asistir a un servicio, es un problema complejo y que por la amplitud de factores que lo - determinan, será preciso considerar que en la presente investigación, éstas se incluyeron de manera general, y que cada-uno podrá ser motivo de estudios posteriores más detallados.

El objetivo fué investigar si en una Institución -- Educativa que se avoca a realizar acciones de diagnóstico y - atención oportuno se logra, a través de acciones preventivas, involucrar a la población que se atiende, hacia la búsqueda - de soluciones que promuevan mejores condiciones para superar el problema que se presenta.

CONSIDERACIONES TEORICAS

S A L U D

Definir el concepto de salud no es fácil, debido a - que éste se caracteriza por no ser permanente, se va modificando en cada época histórica y en consecuencia se va marcando una concepción cambiante y diversa en torno a ella; como en la Edad Media donde se consideraba que los epilépticos<sup>(1)</sup> eran poseídos por el demonio, o también como sucedió en el - siglo XIX, que se exaltaron las ciencias naturales y el individualismo, y se consideraba que las enfermedades surgían de bido a problemas constitucionales disociándose así el concepto de enfermedad, no tomando en cuenta las condiciones socio económicas que los determinaban; e inclusive en la actuali- dad aún existen profesionales que sostienen esta concepción, y consideran que los padecimientos tienen una etiología uni- versal y que deben ser atendidos con tratamientos únicos.

Lo anterior es una concepción parcial y ahistorica- que deja de lado la multicausalidad de la enfermedad.

Esta posición se puede apreciar en la concepción de

---

(1) ZAX, M Y COHEN, EL: "Psicopatología", Ed. Interamericana México, 1979, p.p. 17-59

Perkins que la define como "La salud como un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo. No es una pasiva interrelación entre las sustancias que lo integran y los factores que pretenden romper la armonía, sino una respuesta activa de las -- fuerzas corporales que funcionan estableciendo el ajuste."(2)

Más adecuado parecería el aceptar el concepto de una "salud relativa" y variable, sin embargo no debemos caer en el error de concebir este relativismo como es definido por -- San Martín, en el que acepta niveles de salud que pueden incluir ciertos grados de anormalidad e incluso un cierto porcentaje de enfermedad no percibido. Esta noción de salud relativa la define en relación a las posibilidades que cada sociedad tiene de apreciar objetivamente el estado de salud de sus individuos y de su población. Se considera que este concepto es tendencioso, ya que queda a expensas de la capacidad económica y de organización política con que cuente cada sociedad para promover la investigación científica.

Otro factor que es importante considerar se refiere a que cada sociedad crea sus propias enfermedades, esto se pue-

---

(2) SAN MARTIN, H: "Salud y Enfermedad" Ed. Prensa Médica - México, 1979 p.p. 428

de apreciar vr. gr., en los procesos de industrialización urbana, donde se genera la inmigración desordenada de gente del campo, provocándose con ésto serios problemas de desempleo, vivienda, alimentación, transporte, contaminación, falta de servicios médicos, de protección y recreación. Y en consecuencias, es así como va surgiendo mas enfermedades infecciosas, mas estados de frustración, stress, hipertensión, neurosis, accidentes y que van conformando "la patología urbana" - cuanto mas aprisa se acumula el capital industrial o comercial, mas rápida es la afluencia a ella de material humano explotable y mas miserables las viviendas improvisadas para los obreros y ejercitos de reserva (subempleados y desempleados).

Lo cual va repercutiendo en la salud de la población en general. (3)

Como se podrá ver, en la mayoría de las anteriores definiciones de salud, no se toma en consideración la importancia de la medicina preventiva, que permite promover y mantener el nivel adecuado de salud en la población, como son, mejores condiciones de vida, de alimentación, de vivienda, de vestido adecuado, recreación, reparto justo de la riqueza etc.

---

(3) ROJAS SORIANO, Raúl; "Sociología Médica", Folios Ediciones, México, 1981, p.p. 216.

Y dadas las condiciones sociales actuales en el mundo, no se puede dar de manera realista la noción de salud absoluta.

Es decir, la salud no es algo ajeno o externo del hombre, que de momento llega a él, sino que está en función del entorno y las condiciones que lo rodean y le producen la enfermedad. Por lo tanto la salud es un continuo accionar de los individuos frente al universo físico, mental y social en el que vive.

Sano es aquel que no limita esfuerzos para modificar y transformar aquello que debe ser cambiado, lo que afecta su integridad como persona.

## S A L U D M E N T A L

En base a lo anterior, la enfermedad mental no debe - concebirse como un padecimiento meramente biológico, que alte - ra el equilibrio del organismo del cual uno debe de librarse; la Salud Mental tiene que ver con una concepción más amplia, - la del hombre como un ser social; y se encuentra relacionada - con las situaciones existenciales que el individuo vive, de-- terminadas estas por la posición clasista a que pertenece.

Por que es en función de lo que las clases dominantes consideran adecuado a sus intereses, lo que se determina como conducta normal y lo que no corresponda al criterio esperando como congruente a la norma, es lo que se desviará de su con-- cepción, que es la oficial.

De ahí que se defina como:<sup>(4)</sup>

Conducta Anormal: Si la persona tiene más problemas - para adaptarse y se desvía de las condiciones del ambiente ex - terno que el grupo en general asume para todos.

---

(4) ZAX M Y COWEN EL: Op., p. 8-11

Conducta Normal: Nos hablaría de la habilidad de la persona para adaptarse a las condiciones del ambiente natural sin exceso de tensión o ansiedad. La sociedad honra los comportamientos que le son útiles y aceptables; y desvaloriza -- aquellos que considera que no los necesita, es decir, la normalidad la define la cultura. (5)

En consecuencia la salud mental para las clases dirigentes, se maneja como la obediencia, la adaptación y en conformismo al sistema vigente.

"Yo estoy bien, tu estas bien, a pesar de todas las contradicciones de la miseria, la explotación, y el hambre de las mayorías" (6)

Hay mecanismos oficiales que se utilizan para la atención de los individuos que se desvían, o para impedir que lo hagan, reintegrándolos al sistema vigente, estos serán de -- tres tipos:

- 
- (5) AGUILERA Y MESSICK: "Control de los Conflictos Emocionales" Ed. Interamericana, México 1976, p.p. 37-45.
- (6) MARCOS, S. et al : "Introducción al Dossier México sobre alternativas a la Psiquiatría" en Alternativas a la Psiquiatría; Editorial Nueva Sociología, México, 1982, -- P. 18-

A.- Las instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, el trabajo, los medios masivos de comunicación; a través de los cuales se transmiten los valores oficiales desde la infancia, es decir, lo que se espera que los individuos deban ser y hacer, convirtiéndose así en replicadores de los valores que ellos posteriormente asumirán y defenderán de mane-  
ra inconsciente, como algo natural, aceptado y que no se cuestiona.

B.- Otra forma de control social consiste en normar - la vida cotidiana de los desviados, a través de medicalizar - sus supuestas perturbaciones neuróticas como si se trataran - de alteraciones físicas cayéndose de esta manera en una acti-  
tud reduccionista y mecanicista, donde los sentimientos de ansiedad e inseguridad se fortalecen con estos tratamientos, -- que alimentan la invalidez física y social del individuo, donde se incrementa una vinculación regresiva con el especialis-  
ta, cerrando al paciente a una visión individualista, limita-  
da y privada de sus problemas, dejando de lado el Yo social -  
histórico, que sufre en una sociedad competitiva, mercantilis-  
ta, consuminista y enajenada.

Tendiéndose incluso a la "Neurotización de la relación con la institución sanitaria", pues se favorece que la Institu-  
ción sea un lugar de consuelo reparatorio, asistencial y pa--  
ternalista.

Agudizándose con esto el uso de psicofármacos, los --  
 cuales son tóxicos, no curativos y crean dependencia y satura  
 ción. Alejando al paciente de la comprensión de su situación  
 y de la búsqueda activa de la solución de sus dificultades, -  
 así como se convierten en anestésicos del sistema, ya que el-  
 paciente queda convertido y reducido en un ser pasivo en espe  
 ra de la intervención técnica de el exterior que lo libere de  
 su angustia perpetuando su estado de enfermo.

C.- Las instituciones represoras como la Cárcel y el-  
 Hospital Psiquiátrico son otra forma de control social que -  
 se encargan de acusar a los desviados. No negamos la enferme  
 dad mental orgánica, negamos la categoría de enfermedad men-  
 tal dada por las Instituciones donde el enfermo surge a par-  
 tir de la creación de ellas, esto es, las concepciones que ha  
 habido en torno a la Enfermedad Mental han sido independien-  
 tes de los delirios que siempre han estado presentes.

Las formas que adapta la represión en las profesiones  
 ligadas a la justicia y la psiquiatría son modalidades que in-  
 tervienen contra los desviados y ponen en claro que la delin-  
 cuencia y la enfermedad mental son equivalentes para las Ins-  
 tituciones represoras, donde la condición que la posibilita -  
 es la indefensión del miembro indentificado, sin posibilidad  
 de defensa y crecimiento. (7)

---

(7) MARCOS, Silvia: OP. cit. pp 68-91

La concepción tradicional y relevante de las reacciones mentales normales se refiere a la integración de la personalidad como una unidad, y se relaciona con el establecimiento de un balance entre las necesidades personales y sus condiciones sociales.

Sin embargo nosotros entendemos que los padecimientos mentales se relacionan con lo social en la medida que se da por la situación concreta de enajenación laboral, la falta de opciones recreacionales, culturales, de trabajo, el alza del costo de la vida; generando todo ello, frustración en la relación de pareja y en la convivencia familiar, procreándose menores con menos posibilidades para un desarrollo normal. Este entorno empobrecido ha generado niños con actitudes poco espontáneas, rutinarias y sin posibilidades para aplicar lo aprendido eficientemente.

En consecuencia, el fomento y generación de la Salud Mental, dependerá de la estructura económica y el acceso a una educación crítica, con lo cual los individuos en su sociedad, puedan participar reflexivamente acerca de su circunstancia.

La Salud Mental en el presente estudio, se entiende como la capacidad individual y social para poder asumir una posición crítica, que busque causas y efectos, que modifiquen y fomenten aquello que esta acorde para un desarrollo integral en beneficio del individuo y el grupo social.

## S A L U D   P U B L I C A

La S.P. es la aplicación objetiva y racional de los procesos de salud en las colectividades humanas, busca la promoción de una vida mas sana y productiva. La S.P. abarca conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud de la colectividad a través de medidas preventivas y curativas. ( 8)

La S.P. es una de las muchas medidas sociales que manifiesta el esfuerzo del hombre por vencer un grupo especial de peligros y sufrimientos, por lo que considera:

- La Salud como un factor esencial en el bienestar humano, por tanto su mantenimiento y protección son de importancia social.
- El grado y la forma en que una sociedad se interesa por la Salud Publica de su población depende de la Filosofía Social imperante.

En los sistemas sociales en los que cambia el individualismo se toman aquellas medidas y programas en Salud Pública que estén únicamente fuera de la acción individual, tales

---

( 8) VERMON, E: "Psicología Social e Ideología" en Razón, - Locura y Sociedad, Editorial S. XXI, México, 1985, p.p. 117-142.

como la organización para la prevención y control de epidemias, o el suministro de aguas, el sistema de desagüe, la investigación y coordinación de la atención hospitalaria. Esto es llevado a cabo por el Estado quien cuenta con los recursos económicos, sin embargo a pesar de lo anterior no consideran que los programas y acciones preventivas tengan que ver con el proporcionar servicios y mejores oportunidades de vida para toda la población.

A medida que las enfermedades transmisibles han perdido importancia como problemas de salud pública para las sociedades, las enfermedades crónicas han adquirido una mayor significación. Dentro de las acciones de la Salud Pública se encuentran:

- Enfermedades Transmisibles agudas.
- Enfermedades evitables.
- Enfermedades que implican riesgo para la salud y la vida higiene materno infantil, alcoholismo, desintegración familiar, etc).

La importancia de la Salud Pública es relativa y varía con el riesgo de la población expuesta, ésto puede ser cualitativo en términos de incapacidad o muerte; o cuantitativo en términos del monto de la población afectada, lo cual puede ser real o potencial.

Los campos de la S.P. dependen de las condiciones económicas de cada País, ya que éstas determinan las circunstancias epidemiológicas prevaletentes, ej: en nuestro País las autoridades han evadido las actividades de control en el suministro de servicios para las clases desprotegidas.

Salud y desarrollo económico es un círculo que difícilmente se puede romper, ambos son elementos interrelacionados y determinantes para el bienestar del pueblo. Negar la participación de la economía en la sanidad, sería abarcar el problema de manera parcial, al no aceptar la importancia y la necesidad de transformar las relaciones de producción y distribución equitativa de los recursos materiales se van limitando las posibilidades de fomentar la salud y el bienestar social para todos.

¿Cómo pedir la participación de la población para el desarrollo de programas de promoción sanitaria, si en los trabajadores se continúan reproduciendo las enfermedades propias de los procesos primitivos de acumulación? En estas condiciones no se puede estimular a la población para que participe en la modificación de situaciones mórbidas. Mientras las políticas oficiales se limiten al control y cura de enfermedades, sin analizar la influencia de las relaciones sociales económicas e históricas, y se estudie a la población descriptivamente y se ejerzan acciones solamente cuando un problema

es de tal magnitud, extensión o susceptible de "solución" por la pérdida de control, las acciones serán infructuosas. No se trata de hablar del crecimiento acelerado de la población contra el crecimiento lento de recursos; sino de considerar las condiciones materiales de existencia de la población, consecuencia ésto del modo de producción capitalista. La tendencia de la planeación en S.P. a nivel oficial busca modificar aquellos factores o padecimientos que se consideran amenazantes, por que se pierde el control social o su equilibrio; ej: el incremento de zonas marginadas, de alcoholismo, delincuencia, vagancia, hacinamiento, fecundidad y mortalidad elevada en las clases explotadas, etc.

En consecuencia para poder hacer una evaluación crítica de objetivos, principios, y naturaleza de las políticas de salud, se deben examinar las políticas económicas para la población.

El Estado como representante oficial de los intereses de determinada clase tenderá a políticas para la población de carácter clasista, donde la burguesía impone sus intereses e ideología de clase; en consecuencia cualquier política o medida estatal difícilmente podrá responder a las necesidades reales de la mayoría; y lo mas probable es que sea una respuesta a un determinado requerimiento, coyuntural de una fracción de clase discriminada del poder político en ese momento y pese

a que el Estado pretenda ser el representante oficial, siempre será el representante de los intereses de las clases dominantes, es decir, no concilia pugnas sino que las mantiene entre ciertos límites de control; ej. cuando hay migraciones a las ciudades en búsqueda de nuevas oportunidades, la estrategia oficial se concreta a intentar modificar la dinámica de la población a través de campañas de control natal, sin considerar lo esencial para aliviar la miseria de la población -- promover mejores condiciones de existencia y medios de bienestar social.

De no modificarse las causas reales que determina los procesos mórbidos se continuarán ejecutando acciones que sólo aluden a intereses del capitalismo, y bajo éstos términos no se podrán ejecutar acciones sólidas para promover un cambio real en S.P. No es la mera formulación oficial de programas, sino de definir cual es la política de salud que se desea -- aplicar a la población.

La S.P. no se debe limitar a evitar las enfermedades transmisibles, y las no transmisibles, sino que debe buscar -- la promoción social en Salud, en la cual la población asuma -- una dinámica propia en la toma de decisiones, discusiones y -- planeación de tareas; elevándose en ellos su nivel de conciencia para que comprendan su situación, y la relacionen con la estructura de su sociedad. Participándose e integrándose en --

niveles de decisión, acción y transformación real. Desde la posibilidad de decidir sobre lineamientos y puestas en marcha donde sea la organización y coordinación sistemática de los - intereses de grupo, la consecuencia de la concientización don- de la búsqueda de S.P. sea el controlar los factores del me- dio físico y social que ejercen influencia nociva para la sa- lud.

En base a lo anterior se cree que los programas de- prevención en las Instituciones de nivel primario, son el re- curso que permitirá el promover la salud en la población, a - través de estrategias encaminadas a dar educación para ello.

Si la población estudiada, son niños preescolares - con déficit emocional y de aprendizaje, la integración de los padres dentro del proceso rehabilitatorio, será determinante- para el logro de un cambio de actitud, que encaminado al reco- nocimiento de las causas que generaron la problemática de sus hijos, y la posibilidad de que les provean de mejores condi- ciones de vida para el logro de un desarrollo armónico.

PROCESO SALUD/ENFERMEDAD

Tradicionalmente se ha considerado que se está sano o enfermo como si se tratara de entidades aisladas o separadas. Si bien es cierto que en el organismo actúan fuerzas internas y externas que tienden a alterar sus funciones, conduciéndolo a desarrollar enfermedades, que han de manifestarse en una -- realidad concreta que se presenta tanto en el individuo como en los grupos. Este proceso también tiene una etiología socioeconómica y cultural que determinan las condiciones de vida y de trabajo; tendremos entonces, que los organismos luchan contra el medio físico y social, ambos influyen para que en el cuerpo se desencadenen procesos internos que condicionen o determinan la presencia de situaciones patológicas. En consecuencia, no se puede afirmar categóricamente que el hombre sea un individuo que esta sano o enfermo, al no estar en una una situación estática, todos oscilamos de un polo a otro de manera continua y permanente.

"La salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que son mas de dos elementos de un mismo fenómeno y que entre ellos se establece una relación en constante cambio."

"La salud contiene a la enfermedad, dado que muchas -

veces no se trata más que de un desequilibrio de los procesos sanos" (9)

Para lograr un análisis dinámico de este proceso, deben tomarse en cuenta cuatro elementos esenciales en el hombre:

- a) La acción homeostática de la dotación biológica de aparatos y sistemas.
- b) La acción resultante de su vida social con otros hombres y los efectos que sobre él ejerce el medio ambiente.
- c) Los valores socioculturales p-evalecientes que consideran o califican a una situación que sana o enferma a lo largo de la historia.
- d) El nivel o clase social a que se pertenece (10)

Es decir, los seres humanos no solo estamos sujetos a una estructura biológica, sino también, a la pertenencia de una clase dentro de la sociedad, la cual se encuentra definida por el momento histórico en que se esté; por lo tanto, la-

---

(9) LAURELL. Cristina: "Pensamiento Político" en Medicina y Capitalismo en México, Editorial, Era, México, 1975 -- p. 428

(10) GOMEZ JARA, F. et al; "Salud Comunitaria" Edit. Nueva Sociología, México, 1983, p.p. 87-105.

frecuencia de una enfermedad, la posibilidad de que esta se presente o se corrija, se deberá tanto a la interacción del individuo en su medio interno (el cual tiende a la defensa y el equilibrio); y por otra parte el medio externo que lo rodea dentro de un marco de relaciones (conocimientos sociales sobre problemas de salud, características de los servicios de salud acceso real a ellos, el riesgo a enfermar y morir, el nivel o esperanza de vida etc). Es decir, la sanidad de la población se define por los recursos con que ésta cuenta y cómo los distribuye, porque se considera que se es sano por el número de posibilidades de resistencia que se tiene.

Desde un punto de vista Histórico-Sociológico, se toma en consideración que cada sociedad tiene sus propias enfermedades, esto se puede observar en los modelos de industrialización y urbanos del capitalismo, que generan la mayoría de las patologías actuales tales como: alteraciones en el aparato digestivo, cardiorrespiratorio y sistema nervioso principalmente. "Las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad". (11)

---

(11) TIMIO, Mario: "Clases Sociales y Enfermedad", Editorial Nueva Imagen, México, 1981 p.p. 128.

A través de estudios se ha encontrado que las enfermedades infecciosas y parasitarias, predominan en miembros de la clase trabajadora, y enfermedades crónico-degenerativas -- son mas frecuentes en la clase acomodada. También se observa una correlación entre los que son atendidos en Hospitales Públicos y en Hospitales Privados, en los primeros la afluencia es mayor que en la de los segundos. Las características económico-sociales y culturales de la población que acude a Hospitales Públicos son: indigentes, desempleados, trabajadores eventuales, subempleados, pacientes con salarios bajos, analfabetas o con escolaridad mínima, numerosos hijos menores de edad.

Estos estudios ponen de manifiesto la situación social y su relación con la morbilidad y la esperanza de vida, situación que difiere de una clase a otra por la forma de relacionarse con los medios de producción.

La pertenencia a una clase social dada determina los modelos de relación con el medio ambiente, así como la valoración y la definición de los factores que influyen en el carácter ideológico del proceso salud-enfermedad. Las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran relacionadas en la forma como se organiza la sociedad, para producir y reproducirse, es decir, el modo de producción dominante en las sociedades en las que se generan dos clases sociales anta

gónicas. La ubicación socioeconómica de éstas es diferente y repercutirá en las condiciones materiales de existencia, así como en las situaciones de salud y en los fenómenos relacionados con ella. Por otra parte dentro de nuestra sociedad aún se continua acentuando como modelo de atención la terapia curativa no preventiva, en las que se atiende al enfermo con terapias tecnificadas o bien hospitalizándolo; ésto último se da, por que en este sistema social se considera la enfermedad como un problema individual, ahistórico, mecánico y que se manifiesta por que falla un órgano o por que un agente externo lo afecta, y para curarlo es importante aislarlo para evitar la contaminación del grupo, en consecuencia el individuo, a través de ésto va perdiendo poder de decisión y autonomía, se le reduce a ser pasivo; a ser un paciente incapáz de recuperarse dentro de su medio, en las instituciones tradicionales como son la familia, la escuela, y el trabajo; reforzándose en él su dependencia a los medicamentos (medicalización), pero ¿cómo no ha de darse así?, si el urbanismo y la industrialización anárquica han destruido por sí solo a la institución familia, la cual al estar sometida a tensiones denigrantes, se constituye en núcleo patógeno de primera magnitud.<sup>(12)</sup>

---

(12) ELKAIM, M.: "del Enfoque Familiar al Enfoque Sociopolítico" en Antipsiquiatría y Política, Edit. Extemporaneos. México, 1978. p.p. 88-97.

La importancia de conocer este proceso, así como sus causas nos permitirá orientar la formulación de políticas y estrategias de acción a fin de incidir en aquellos factores que dañan la salud de la población y por otra parte evaluar las políticas que se siguen en torno a ella, relacionadas con el pronóstico, tratamiento y diagnóstico oportuno.

De este proceso se han realizado análisis diferentes, en cada uno de ellos se ha buscado obtener información empírica de la realidad concreta. Cada uno ha diferido del otro -- por la manera en como aborda esa realidad a estudiar.

En un primer análisis se considera que la enfermedad se presenta en un organismo, y para poder resolver el problema de salud se requerirá de la medicina y las ciencias afines a ella. En este modelo se considera un solo tipo de causa de la enfermedad, se busca eliminar agentes patógenos: físicos, químicos o mecánicos; que provocan la alteración de las funciones normales del organismo. Aquí se establece una relación de uno a uno donde se considera que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca una determinada enfermedad, es decir se hace hincapié en una etiología específica, buscándose incidir de manera directa e inmediata en el agente patógeno que daña la salud, ejem; en el caso de los accidentes de trabajo, se piensa dentro de esta perspectiva que se deben a una determinada causa específica, uso inadecuado de -

las herramientas; el no emplear equipo de protección, realizar actos inseguros etc. Aquí la práctica médica es curativa y busca la reincorporación de las personas a las actividades que realizaban antes de enfermarse ("restablecer la salud o - reducir las secuelas incapacitantes").<sup>(13)</sup>

Esto puede verse en psicología con la Intervención en Crisis que busca la resolución adaptativa a un problema inmediato, su objetivo es reducir el síntoma que desequilibra y - hacer que la persona se integre socialmente, recuperando el - nivel de funcionamiento anterior a la crisis. Por otra parte para poder resolver el problema de salud de un individuo bastará con la acción competente del equipo de salud, apoyado -- dentro de una infraestructura médica adecuada. Los datos socioeconómicos de la historia clínica son datos aislados, que no aportan nada acerca de las verdaderas causas del porqué -- los individuos se enferman o accidentan. En este caso la Medicina es una práctica científica, aislada de las condiciones sociales que determinan: como, de que, y con que frecuencia y gravedad se enferma la gente.

---

(13) AGUILERA Y MESSICK: op. cit. p. 97.

La psiquiatría orgánica fragmenta al hombre, lo aísla de su ambiente, se dedica a estudiar su trastorno como un absoluto biológico. La desviación de la norma se reduce al límite de lo absurdo; lo que se ha salido del estándar, es una substancia química. He aquí la "anormalidad" del loco. El psiquiatra se dedica entonces cómodamente a "curar" los medios químicos cuando los ha llevado a niveles normales, el loco regresa a su medio ambiente, a su misma familia, a su misma sociedad, pero ahora está curado.

Si bien esta práctica tiene validez de acuerdo con su concepción de salud-enfermedad. Las implicaciones político-ideológicas de las clases dominantes, ponen los avances de la medicina al servicio de la clase trabajadora, únicamente con el fin de que se resuelvan los problemas de salud y el individuo se reintegre al proceso productivo, es así como se van mediatizando las reivindicaciones que en este campo pudieran lograr los trabajadores, relegándose de esta manera lo fundamental, lo que condiciona un mayor riesgo de enfermedad, es decir las condiciones de vida y de trabajo.

Esto es, la salud no debe ser producto de la buena voluntad de los miembros encargados de los programas de sanidad, sino que debe partir de los objetivos de una política planificada que conozca y responda a los intereses y necesidades de la población.

En conclusión dentro de este enfoque la realidad es:  
 "El individuo; el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, el método que utiliza es el clínico!"

En el segundo análisis se adopta un modelo multicausal, aquí al individuo se le considera como parte de una comunidad que posee ciertas características socioeconómicas y culturales, donde se queda expuesto de esta manera a ciertos riesgos de enfermedad. Sin embargo no por el hecho de hacer mención a ciertos aspectos sociales se alcanza a través de este análisis, la comprensión profunda del verdadero significado de lo social. Si bien es cierto que supera al anterior enfoque unicasual en la búsqueda de causas de la enfermedad, si que poseyendo las características de ser ahistórico y mecanicista; no permitiendo establecer una jerarquización e interrelación entre esos factores sociales y físicos que influyen; sino que sólo establece relaciones multicausales externas e inmediatas entre los fenómenos. Ejem. esto se aprecia en el caso de algún padecimiento, como la tuberculosis, donde se le sugiere al paciente que mejore las condiciones de su vivienda que logre alimentarse bien, visitar al médico en forma periódica, que se abstenga de realizar cierto tipo de trabajo, etc. Sin analizar con detenimiento si este paciente está en condiciones de cubrir los requerimientos mínimos necesarios para mejorar y no recaer dadas sus condiciones de vida.

En resumen dentro de este nivel, la búsqueda del conocimiento concibe al individuo dentro de un acontecer físico y social, pero la investigación desde este enfoque se aboca a lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos físicos sociales.

Este análisis es de utilidad cuando se busca orientar políticas y programas concretos en ámbitos reducidos, ejemplo una fábrica, una comunidad, etc.

Aquí se busca, implementar medidas que permitan evitar situaciones disfuncionales, que alteren el adecuado funcionamiento y mantenimiento del sistema social vigente, pero estos son logros que únicamente benefician parcialmente la salud de la población.

En el tercer análisis se buscan las causas fundamentales de la enfermedad, descubrir los nexos internos entre los fenómenos a fin de establecer leyes que busquen las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con ella, esto es con el fin de plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada, es decir, estudiar a la enfermedad como un fenómeno social. Donde al hombre se ve como un ser histórico que pertenece a un grupo social, que trabaja y vive de diferente manera, según sea su contexto.

Este enfoque implica un análisis cualitativo del proceso salud enfermedad, consideran que este proceso se manifieste de manera concreta en el organismo pero que se trata de un fenómeno social, cuyas causas deben de buscarse en la estructura misma de la sociedad, a fin de determinar por que existen situaciones diferenciales entre las clases sociales - respecto al tipo frecuencia y gravedad de la enfermedad. (14)

Este enfoque parte de las leyes y categorías del materialismo dialéctico, que se desprenden de la realidad objetiva y sirven como instrumentos metodológicos teórico que van guiando el conocimiento tanto de los procesos y objetos de la naturaleza como de la sociedad.

a) Ley de la unidad y lucha de contrarios.

En el organismo actúan fuerzas internas y externas -- que tienden a alterar sus funciones que lo conducen a desarrollar enfermedades. El ser vivo lucha contra el medio físico y social, y a la vez no puede separarse. Dicho medio va influyendo para que el cuerpo desencadene procesos internos - que condicionan o determinan la presencia de situaciones patológicas.

---

(14) ROJAS SORIANO, R.: "Capitalismo y Enfermedad". Editorial Folio Ediciones, México, 1985. p.p. 9-26.

En el organismo coexisten en permanente contradicción y en unidad relativa la salud y la enfermedad, a la vez esta contradicción es la fuente de desarrollo del movimiento de la superación, ya que por ella el organismo se fortalece, - - ejem: en la inmunización tenemos que el organismo ante nuevas circunstancias no se paraliza, sino que genera defensas, mecanismos de supervivencia, de adaptación, de funciones vitales, se manifestarán impulsos orgánicos y psíquicos que tendrán hacia la homeostasis, pero hay que recordar que estos im pulsos se encuentran condicionados por el medio físico y social. En la medida en que se carece de las condiciones adecuadas de vida, el restablecimiento de la salud es un proceso mas lento y puede dejar secuelas.

b) Ley del Paso de Cambios Cuantitativos a Cambios -  
Cualitativos:

Esto se observa en el paso de la salud a la enferme--  
dad, la cual es producto de una serie de cambios cuantitati--  
vos que se presentan tanto en el organismo como en el medio -  
físico y social; los cambios negativos que propician a los or-  
ganismos la enfermedad serían:

- 1.- Exponerse a riesgos o a situaciones desfavora- -  
bles para la salud.
- 2.- El ser más susceptible de ser atacado por microor-  
ganismos patógenos o agentes físicos y químicos.

- 3.- La disminución del número de defensas del organismo por desnutrición.
- 4.- Aumento a la exposición a ambientes contaminados.
- 5.- Que en el organismo se incremente la presencia de organismos patógenos, físicos y químicos.
- 6.- Los agentes tengan más resistencia a los anticuerpos por lo que se da la enfermedad y/o el accidente.

La enfermedad no emana de la nada, sino que el organismo se enferma gradualmente, o bien dado lo anterior las condiciones que favorecen el riesgo al accidente se elevan, por lo tanto, el cuerpo sano en un momento determinado ya no lo es, ya que esta acumulación de elementos negativos para la salud, conducen al organismo hacia una situación distinta, la enfermedad.

Pese a que el organismo acumula fuerzas, incrementando las defensas para disminuir el riesgo al que se expuso y aunque así lo logre, la recuperación de la salud ya no es igual a la que tenía antes, es decir, se trata de dos tipos diferentes de salud, debido a que en el segundo caso, ya se han ido acumulando cambios en el sentido inverso (decimos que cedió terreno). "Nada permanece igual, todo cambia en un permanente devenir".

## c) Ley de la Negación de la Negación.

Cuando el organismo enferma, posee elementos que - - alientan la recuperación de la salud, pero estos van a estar determinados por las condiciones biológicas, físicas y sociales. Hay un juego de acciones y reacciones de la salud a la enfermedad, por los antagonismos que no se han conciliado, en la lucha que se libra entre ambos desde que se nace, no existe un equilibrio definitivo; uno de los contrarios triunfa sobre el otro y finalmente desde el momento que cesa la contradicción cesa la vida.

El organismo como ser histórico, vive bajo determinadas circunstancias materiales de existencia, ante las cuales se enfrenta respondiendo a ellas de distinta manera, en ocasiones su respuesta es mas eficaz y oportuna, y en otros casos se le dificulta enfrentar o evitar los elementos nocivos que lo hacen presa de la enfermedad; por lo tanto el ser humano, está inmerso en múltiples contradicciones, que efectúan - de diverso modo y con desigual duración e intensidad a los seres humanos, que pertenecen a distinta clase social. La salud-enfermedad es un proceso natural e histórico, surge y se desarrolla en un organismo determinado, el cual se encuentra condicionado por diversas situaciones sociales y se relaciona con la naturaleza de diferentes maneras (condiciones materiales de existencia). El hombre no puede dejar de luchar contra la enfermedad, pero puede influir sobre las condiciones -

de vida y de trabajo que lo afectan; en la medida que vaya co  
nociendo las causas y mecanismos por los cuales surge y se de  
sarrolla la enfermedad, su lucha será mas conciente.

#### LOS NIVELES DE ATENCION Y PREVENCIÓN

Se entiende por PREVENCIÓN como el conjunto de accio-  
nes realizadas en forma gradual y dinámica, encaminadas al fo  
mento y promoción de la salud, que buscan reducir la inciden-  
cia en la aparición de las enfermedades y que propician la -  
detección y el diagnóstico oportuno de los padecimientos, pa-  
ra impedir la aparición y evolución de lesiones o secuelas --  
que requieran restituir al paciente el estado de salud median-  
te la rehabilitación y readaptación durante y al término de  
la misma.

La medicina preventiva no debe esperar a que el pa- -  
ciente demande el servicio, ni tampoco debe considerarse como  
una especialidad. El Servicio de Salud Preventivo implica --  
una reorientación en el servicio a consecuencia de un cambio  
en la concepción del proceso salud-enfermedad, tanto en la co  
munidad como en el personal que lleva a cabo las acciones - -  
correspondientes. Una actitud preventiva tanto en los indivi-  
duos sanos y enfermos, individual y colectivamente. Una acti-  
tud que implique comprometer a todos dentro del proceso del -  
que todos formamos parte de una comunidad y debemos luchar -

por la presencia real tangible del bienestar físico, mental y social.

Al brindar el servicio a los pacientes aunque parezca una meta utópica, se debe tener este pensamiento como un estímulo para concebir los objetivos y acciones para lograrlo; de lo contrario puede caerse en una atención mecánica, burocratizada y despersonalizada, en la que se pierden metas e ideales del servicio. Por otra parte abocarse a una concepción netamente clínica hace que nos olvidemos de que la salud no únicamente se debe a factores físicos o individuales, sino que también surge de factores sociales que de no tomarse en cuenta se corre el riesgo de ejercer una acción trunca y ajena a la problemática real que vive la comunidad y sus individuos.

Al decir factores sociales no se está hablando de elementos aislados como el incremento de hijos ilegítimos, el stress, o la falta de higiene, o raza, o estado civil. Sino a las causas que generan las diversas problemáticas y concepciones que afectan a la sociedad, y que se reflejan en los individuos, como en la desnutrición, tipo de vivienda, cultura, habitación, empleo, etc.

Es así que buscando ejercer una acción con un verdadero alcance social, integral, es que surge el concepto de Servicio de Salud Preventivos y Comunitarios que se ejecutan a -

través de un equipo interdisciplinario de trabajo. Siendo -- dentro del servicio Institucional que se logra la mayor cober  
tura.

La aplicación de un proceso sistemático de detección oportuna de zonas de alto riesgo realizada en grandes grupos de población de manera periódica, incluyendo a todos, permite separar a la población aparentemente sana de la sospecha de - padecer alguna patología. La detección debe ser continua y a tiempo ya que una buena terapéutica significa prevenir mayor daño. Es indispensable que la detección se continúe con el - diagnóstico en la población de alto riesgo o sospechosa, ésto es con el fin de ejecutar acciones correspondientes dependien  
do del nivel en que se encuentren ubicados (prepatógena o patógena); aplicando las acciones en el momento que sea más - - útil para que se obtengan los mayores logros con los menores esfuerzos y costos.

Al programar las medidas de salud para todo un país o dentro del campo de la atención Institucional se requiere con  
siderar el Trabajo Médico Preventivo, de Salud Pública, Administración Médica, de Seguridad Social, de Programación y Pla  
neación, Ecología, y principalmente las aportaciones de la -- Epidemiología; de ahí que se debe tomar en consideración los diferentes niveles de prevención y atención en las que puede

abordarse el proceso salud-enfermedad. (15) Ver Cuadro I

"Para la familia, para la comunidad y para el desarrollo económico del país será de gran trascendencia el establecimiento de mecanismos que no sólo proporcionen la mas inmediata y oportuna reparación de salud dañada sino fundamentalmente su permanente preservación". (16)

Tener presente que el costo de la acción preventiva es menor y de mayor trascendencia que la reparación del daño, nos debe motivar hacia el ejercicio de acciones de esta índole. Sin embargo el evidente incremento dentro de la investigación de las terapéuticas curativas y de rehabilitación -- contrasta con la importancia que los especialistas le dan a la Higiene, a la Prevención, a la Epidemiología, a la Educación de la Salud, mostrándose con esto el carácter de clase de la Medicina.

Los conocimientos que no cuadran con los intereses y la ideología de la clase dominante, permanecen relegados e incluso censurados, como se observa en el monopolio y supuesto

---

(15) GOMEZ JARA, F.: op. cit., p.p. 240-254.

(16) AGUIRRE ZOZAYA, F: "Conceptos, objetivos y campo de acción de la medicina preventiva" en Medicina Preventiva, Clínica IMSS, México, 1976. p. 23.

PERIODO PREPATOGENO

PERIODO PATOGENO

PREVENCION		ATENCIÓN		
PREVENCION PRIMARIA (OMS)		PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA	
PREVENCION INESPECIFICA PROMOCION DE LA SALUD	PREVENCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	REHABILITACION
Atención a la higiene en general.	Uso de inmunizaciones específicas ejem: vacunas, orientación a padres de adolescentes, etc.	medidas para evitar contagios.	Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas.	Educación de la comunidad para aceptar y reubicar productivamente al reabilitado.
Uso de saneamiento ambiental, laboral, recreacional.	protección contra riesgos ocupacionales	Exámenes en cuestras, mapas, etc.	Limitar la incapacidad y evitar la muerte.	Provisión de facilidades hospitalarias y comunitaria para el adiestramiento y educación del afectado, para que utilice al máximo sus capacidades remanentes.
Utilización del tiempo libre.	Orientaciones específicas a grupos de alto riesgo, intra o extra muros.	Evitar la difusión de enfermedades transmisibles.	Prevenir complicaciones, acortar el periodo de incapacidad.	
Atención al desarrollo físico y de la personalidad, buenos estándares de educación en diferentes áreas ajustadas a la fase del desarrollo.				

CUADRO I

exclusivismo de ciertas prácticas terapéuticas. O bien cuando se promueve el consumo individual de bienes y servicios -- mercantiles que supuestamente benefician la salud, silenciando otro tipo de acciones.

Cuando se sobrevalora y privilegia la atención hacia padecimientos infrecuentes que requieren servicio sumamente - especializado y costoso, devaluando de esta manera las acciones para atender padecimientos mas frecuentes y extendidos, - que pese a ser más conocidos, no necesariamente son menos importantes y trascendentales para atender y conservar el estado de salud de la población.

Es aquí donde surge el interés por investigar el alcance de la prevención primaria en una población de alto riesgo. Considerando que si se logra involucrar en el servicio a la población atendida, esta misma pasará a ser agente promotor y facilitador de cambio en la promoción de la salud.

Es decir, para eliminar los padecimientos no basta -- con el uso de terapéuticas exclusivas, sino a través, de lograr que toda la población se encuentre informada a cerca de las reglas básicas de la vida sana, y de la variabilidad que existe en ella; integrando estos conocimientos, tanto en la cultura como en el modo de vida de la población, previéndose así los factores de riesgo en los padecimientos.

LA ATENCION (17)

Se refiere al nivel práctico u operativo, es decir, son propiamente las acciones y medios directos y específicos- que el equipo de salud realiza y utiliza en la comunidad para satisfacer las necesidades básicas de salud por medio de la - prevención y el diagnóstico oportuno y temprano, así como el- tratamiento y la rehabilitación con el fin de poner al alcan- ce del mayor número de individuos y sus familias los recursos para que se promueva y mantenga el estado de salud en ellos.

Son los niveles de atención una división funcional- de los problemas de salud de grupos en los que se toma en con- sideración la frecuencia tipo y gravedad de los padecimientos, así como las características y orientación del servicio que - se brindará (continuo, esporádico, discontinuo) y la accesibi- lidad que el público tenga hacia éstos. Es por lo anterior - que se requiere ejercer una acción flexible para que se pueda responder e innovar dentro de las características cambiantes- de la propia comunidad, tomando en cuenta las pautas de vida- y necesidades de la misma.

---

(17) GOMEZ JARA, F: op. cit, p.p. 261-270

Sin embargo para que esta atención se logre en la comunidad, y para la comunidad, se necesita que tanto en los programas y las acciones que se verifiquen, participe activamente la propia comunidad. Sólo se puede hablar de una acción integralmente comunitaria si se compromete a la población en la elaboración, aplicación y evaluación de programas, toma de decisiones y desarrollo de las propias acciones.

"Las necesidades sentidas por una comunidad reflejan los problemas y prioridades locales al tiempo que sirven de base a la promoción e implicación de otras actividades de salud y desarrollo."

La salud integral, al ser responsabilidad de todos los sectores de la población y no solo del sector salud, requerirá capacitar a la comunidad para que logren identificar mantener, promover y satisfacer las necesidades de salud. Para esto se requerirá de una supervisión técnica, medidas de apoyo y capacitación del personal y coordinación en todos los niveles, así como el acoplamiento de los servicios de salud con otros sectores de la sociedad, así mismo es importante tomar en consideración las prácticas de atención tradicionalmente aceptadas en la propia comunidad para enriquecer las acciones. Por otra parte es necesario redefinir las funciones del equipo interdisciplinario al enfrentar los problemas de

salud para lograr una mayor cobertura e interpretación unificada de la problemática.

En conclusión la Función de la Atención Implica:

- Dar atención directa integral de salud al individuo, la familia y la comunidad, incluyendo diferentes grupos.
- Valorar la salud integral de los individuos incluyendo los hábitos, creencias y formas de vida que inciden en la problemática de salud, involucrándose como ya se mencionó a los usuarios en el proceso de diagnóstico y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y como deben tomarse.
- Inicio de los tratamientos y toma de decisiones.
- Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad y - - brindar la información respectiva.
- Establecer y mantener medidas apropiadas para la promoción de la salud.
- Propiciar el mejoramiento del ambiente, el estado de salud de la población, incorporar a los individuos en la toma de decisiones relacionadas con la provisión y evaluación de -- los servicios.

Cabe señalar, que en el nivel preescolar ha surgido - interés por atender de manera integral a través de Programas de Atención Compensatoria a todos aquellos preescolares que -

requieran atención, para evitar que presenten dificultades al iniciar su primaria.

Esto es, los programas además de dar la prevención -- primaria, abordan los tratamientos requeridos en atención secundaria, para prevenir déficit y futuras complicaciones.

**LA PREVENCIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL  
DE SALUD MENTAL EN MÉXICO**

Según el Programa Nacional de Salud 1984-1988, en México no se conoce con precisión la magnitud de los problemas en Salud Mental. Por algunos indicadores se infiere que el 1% de la población está severamente afectada y que el 10% de los individuos lo estarán en algún momento de su vida.

Otros datos disponibles sobre mortalidad por trastornos mentales es de una tasa de 5.4% por cada 100,000 habitantes. Los suicidios han sido utilizados como indicadores indirectos y registran una tasa de 1.67% por cada 100,000 habitantes. Otro indicador de mortalidad es por cirrosis hepática - asociada a alcoholismo.

El 53% de los menores infractores son alcohólicos, y un 48% farmacodependientes, según ha informado la Secretaría de Gobernación.

Y se ha encontrado que el 40% de los pacientes en consulta externa de los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud son niños:

- Retraso Mental.
- Diversos desórdenes de Lenguaje y Aprendizaje.
- Desórdenes de conducta, (agresivos, farmacodependencia).
- Desórdenes de la afectividad (fobias, obsesiones, depresiones).

- Perturbaciones del sueño, ingestión o alimentación.
- Movimientos anormales.
- Autismo; y otras psicosis.

Debido a la falta de sistematización en la Investigación de los Servicios de Salud se han realizado encuestas epidemiológicas que han ofrecido resultados importantes para -- abordar los Problemas de salud mental en nuestro país, tanto para conocer los factores causales como para lograr conducir diversas alternativas de tratamiento.

Dentro del Programa Nacional de Salud se ha empezado a asignar cierta prioridad a la Salud Mental en México debido a que la problemática ha tendido a crecer y agudizarse, como ya se mencionó en el capítulo anterior, debido a los acelerados procesos de urbanización, y en consecuencia a falta de -- oportunidades en las condiciones de vida de la población.

Para el sexenio 82-85 el Programa Nacional de Salud Mental establecía que el objetivo de los Servicios de Salud Mental era el de coadyuvar a que el individuo desarrolle adecuadamente su personalidad, atendiendo con efectividad los de sajustes que interfieran con su bienestar; productividad y vida familiar, procurando su adecuada incorporación a la comu nidad.

Para cumplir con ese objetivo las líneas estratégicas de acción son:

- Ampliar la infraestructura específicamente destinada a los problemas de atención y rehabilitación psiquiátrica, particularmente ambulatoria.

- Promover y desarrollar investigaciones que permitan ampliar el conocimiento sobre los factores que afectan la salud mental las causas de las alteraciones de la conducta y -- los métodos de prevención tratamiento y control de las enfermedades mentales.

- Promover la formación de recursos y apoyar la capacitación y actualización del personal a cargo de los servicios de salud mental.

- Desarrollar actividades preventivas en centros educativos y laborales.

- Brindar asesoría y orientación a la población para la prevención y detección de problemas de salud mental, particularmente las de conducta, emocional y de aprendizaje de la niñez.

Las Instituciones que tienen a su cargo el cuidado de

La Salud han diseñado y desarrollado programas que comprenden actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial.

En el primer nivel de atención referente a la Promoción en Salud a nivel nacional se ha fomentado lo siguiente:

- Participación de personas y grupos dentro de su comunidad para realizar tareas colectivas en beneficio de la salud del grupo y los individuos.

- Discusiones sobre los problemas de la Salud mental en la comunidad, con el fin de conocer posibilidades y limitaciones.

- Apoyo a las actividades de grupos de autoasistencia.

- Fomento de actividades educativas, recreativas y civiles que fortalezcan y enriquezcan la vida en comunidad.

En este primer nivel en Educación para la Salud el personal de salud proporciona conferencias de información y capacitación con el propósito de desarrollar actitudes que promuevan la salud mental mediante las siguientes acciones:

- Discusión en grupo acerca de los conceptos fundamen

tales de la salud mental en el área del desarrollo psicológico del niño y sus desviaciones; haciendo un énfasis en el retraso mental, las dificultades de aprendizaje y conducta. -- Los problemas de la adolescencia particularmente en relación a la violencia, consumo de drogas, abuso de alcohol, tabaco, procreación. El exámen de la convivencia y relaciones familiares, consecuencia del abandono maltrato y explotación de menores.

Los problemas de Salud del climaterio y la senectud.

- Otros problemas como las neurosis, epilepsias, etc.

En lo referente al segundo nivel la detección oportuna se lleva a cabo en las unidades de salud y en el seno mismo de la comunidad a través de:

- Consulta médico pedagógica integral en las funciones cognitivas, afectivas y de relación.

- Atención de pacientes referidos por instancias educativas y legales.

- Visitas domiciliarias.

- Aplicación de diversos instrumentos psicológicos tales como encuestas, fichas, etc.

En este mismo nivel dentro del área de tratamiento:

- Manejo y atención de casos.
- Seguimiento y evolución de los pacientes, prestando atención al cumplimiento de las prescripciones e indicaciones.
- Atención a casos urgentes, incluyendo su referencia a otras Instituciones.

En el tercer nivel que es la rehabilitación:

- Actividades ocupacionales, recreativas, laborales - de apoyo.
- Confrontación de los problemas de salud mental para orientar a la comunidad.
- Apoyar a la familia y al paciente identificado para llevar acciones más constructivas en torno a la problemática.

La Secretaría de Salud con apoyo de otros sectores -- proporciona a la población los Programas en Salud Mental utilizando la red de servicios ya establecida que hace que el -- costo de las instalaciones y el mantenimiento de los programas sea menor; sin embargo, solamente tienen acceso la población que cuenta con la asistencia médicos, educativos o legales en consecuencia debido a que solamente una parte de la po

blación tiene acceso a los servicios, es poca la cantidad que se beneficia, situación que se agudiza por la falta de personal capacitado (entre 725 psiquiatras generales, solo 68 tienen entrenamiento infantil).

Aunado a la falta de recursos, y a la prioridad que reciben otros padecimientos; los problemas de Salud Mental en México no han recibido la atención requerida como un problema de Salud Pública.

El 1% de la población se calcula presenta psicosis funcionales, el 3% retraso mental y el 2% epilepsia.

Aunque no se conoce con precisión la magnitud de los problemas en Salud Mental, por los indicadores disponibles se puede inferir que las afecciones que sufre por lo menos una quinta parte de los usuarios que acuden a centros de salud y hospitales generales, poseen un componente psiquiátrico importante, con manifestaciones de tipo somático, por lo tanto, es posible que no sean atendidos en forma adecuada y se convierten en visitantes asiduos de los servicios de salud.

Los escasos recursos destinados a la Salud Mental se han orientado prioritariamente al tercer nivel de atención, existiendo una disponibilidad de 8713 camas de hospitalización psiquiátrica en 1985, con un menor desarrollo de los ser

vicios de atención ambulatoria. (18)

En su conjunto los problemas de salud mental requieren para su atención de una estructura mas amplia que esté en contacto con la comunidad de tal manera que posibilite un - - abordaje terapéutico mas integral, que incluya medidas de tipo preventivo hasta una atención altamente especializada.

"La Salud Mental no es responsabilidad de una instancia, además de los organismos relacionados con la salud y el bienestar social; el sistema educacional y los asentamientos humanos deben estar implicados en su cuidado y promoción". (19)

En vista de la seriedad de los problemas de salud mental y sus graves repercusiones en el niño, el adolescente y - el adulto, lo mas urgente es reconocer a tiempo la existencia de los trastornos y proceder a implantar medidas convenientes. Dichos trastornos pueden ser: la mala nutrición en las eta--

---

(18) SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO: "Antología - de la Planeación en México 1917-1985", México, 1985. - Ed. Fondo de Cultura Económica, p.p. 62.

(19) DE LA FUENTE Ramón: "La Prevención Temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental" en revista mexicana de Psicología. México, Nov. 1979, p.p. 2.5.

pas incipientes del desarrollo infantil; la falta de estimulación intelectual y emocional del niño debido a factores sociales como la miseria, el hacinamiento, la carencia de servicios sanitarios, el desempleo, y el subempleo, el abandono de los hijos por la madre, falta de guarderías y hogares sustitutos, etc. Todos estos factores socioambientales cuando repercuten en un niño sensible, causan bajo rendimiento escolar la integración del paciente a grupos con tendencias delictivas, farmacodependencia o alcoholismo, con los consecuentes costos sociales y económicos. (20)

Una actividad por promover en consecuencia, es la sensibilización e información dirigida a maestros, líderes de la comunidad, autoridades, para procurar su participación dentro de sus responsabilidades, en la atención y manejo de los problemas mentales en niños y adolescentes.

Por esta razón ocurre un enfrentamiento diferencial de los diversos grupos que componen la población. La salud como proceso social e histórico no es homogénea, y las necesidades esenciales en salud solo pueden ser definidos racional

---

(20) SOBERON G, et. al: "La Salud en México: Testimonios - 1988", problemas y programas de salud, tomo III, Ed. -- Fondo Cultura Económica, México, 1988, p.p. 1959-1960.

mente tomando en cuenta lo anterior, y considerando que la satisfacción de los mismos únicamente puede ocurrir en una sociedad que persiga abatir las profundas diferencias sociales y económicas de los grupos que la componen.

**EVALUACION DEL TRABAJO PREVENTIVO EN UNA  
INSTITUCION NACIONAL EDUCATIVA**

## ANALISIS DE LA INSTITUCION

El Departamento de Psicología y Psicopedagogía del -  
Preescolar, dependiente de la Dirección General de Educación  
Preescolar, surge en 1965 con el fin de coadyuvar al objetivo  
general de la Educación Preescolar, proporcionando apoyo psi-  
copedagógico y psicológico a los preescolares de los Jardines  
de Niños Oficiales de toda la República; a través de funcio-  
nes de detección, prevención y de atención.

Siendo una Institución de carácter preventivo priori-  
tariamente, ha buscado proporcionar una serie de experiencias  
de aprendizaje y terapéuticas a los menores que presenten al-  
teraciones leves en su desarrollo, involucrando a padres y -  
educadores para que participen en la promoción de mejores con-  
diciones para la superación de situaciones carenciales, que -  
los sitúa en desventaja con respecto a su grupo de edad, por  
lo que se ha buscado favorecer en ellos su completa integra-  
ción social.

Si se considera que es durante los primeros cinco o -  
seis años de vida, cuando el desarrollo del niño atiende as-  
pectos de tipo físico, motor e intelectual al tiempo que su -  
vida afectiva se diferencia y organiza, es importante tomar -  
en cuenta la repercusión que estos años tienen sobre el desa-  
rrollo posterior de la personalidad, es decir, que la base de  
la madurez psicológica, es cimentada durante estos años; pos-

teriormente son reducidas las posibilidades de cambio; asimismo es durante este lapso cuando las posibles alteraciones en el desarrollo son más fáciles de manejar y tienen mejor pronóstico. Aquí los conocimientos que implica el área de psicología evolutiva, clínica y educativa son decisivos para el conocimiento y ubicación de la etiología de la alteración manifestada.

A continuación se mencionan algunas de las características que comprenden las Alteraciones del Desarrollo.

**COGNOSCITIVAS.-** Rendimiento intelectual inferior al término medio, baja comprensión, atención dispersa, fallas en memoria, análisis, síntesis, comprensión, limitaciones en su capacidad de juicio y nivel de pensamiento.

**PSICOMOTORAS.-** Torpeza motora gruesa y fina, alteraciones perceptuales, dificultades en la integración del esquema corporal, nociones de organización espacial, confusión en formas, tamaño, colores, posiciones, etc.

**LENGUAJE.-** Problemas en la comunicación verbal por dificultades en articulación y/o estructuración, alteraciones en el aparato fonoarticulador, lenguaje limitado y con dificultad en discriminación auditiva.

EMOCIONALES.- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, actitudes de dependencia, timidez, agresividad, inquietud excesiva, baja tolerancia a la frustración, desajustes emocionales derivados de una dinámica familiar inadecuada.

Es por lo anterior que el diagnóstico en las alteraciones en el desarrollo, en etapas tempranas es de suma importancia, ya que éste permite realizar un pronóstico y elaborar un plan de atención específico para el caso que se evalúa.

#### OBJETIVOS DEL DEPSY

- Proyectar acciones psicopedagógicas que faciliten la integración del preescolar a su medio social, escolar y familiar.

- Advertir en las etapas tempranas del desarrollo las alteraciones que en el futuro pudieran afectar al niño.

- Detectar, diagnosticar y evaluar al preescolar que presente alteraciones en su desarrollo para canalizar lo posteriormente y logre recibir el tratamiento que requiere.

- Proporcionar atención especializada a los preescolares de los Jardines de Niños Oficiales, que manifiesten alteraciones en áreas de lenguaje, perceptuales o psicomotoras; -

así como problemas de conducta, de privación ambiental y/o carencias afectivas. Buscando fincar las bases de una personalidad sana, productiva y útil a la sociedad.

- Promover en los padres de familia a través de acciones de Educación para la Salud, el reconocimiento de los factores que generaron la problemática actual de sus hijos y la posibilidad de un cambio de actitud para la superación de los mismos.

- Difundir entre los padres de familia, los conocimientos que les permitan manejar adecuadamente a sus hijos en las diferentes etapas del desarrollo infantil.

- Asesorar a las Educadoras de los Jardines de Niños Oficiales, en los aspectos psicopedagógicos necesarios, que contribuyan a mejorar que en su ejercicio profesional realizan la detección temprana de las alteraciones en el desarrollo, así como para que logren sensibilizar a los padres de familia respecto a la importancia de su participación en la estimulación de sus hijos.

#### FUNCIONES DEL DEPSY

Dentro de las funciones de esta Institución están la de proporcionar a la población de riesgo, acciones de prevención primaria inespecífica y de orientación específica a la -

población de alto riesgo, buscándose en esto la detección --  
precoz y el tratamiento oportuno.

Por otra parte, existe la elaboración de planes y --  
programas encargados de atender a los preescolares en cada -  
una de las áreas donde muestran alteraciones. Se realizan -  
acciones administrativas, normativas, de supervisión, organi-  
zación, evaluación y de difusión, acordes a los planteamien-  
tos y acciones de la Dirección General de Educación Preesco-  
lar.

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA

## POBLACION QUE ASISTE AL SERVICIO:

El servicio se presenta a preescolares de Jardines de Niños Oficiales preferentemente, aunque pueden asistir niños de Estancias Infantiles u otras Instituciones Educativas Oficiales o Privadas.

Los niños deben ser mayores de 5 años, hasta los 6 1/2 de edad, lo anterior es por que se busca evitar los altos índices de reprobación en el primer grado de Educación Primaria. Si se cuenta con cupo o la severidad del caso lo amerita se reciben menores de 4 a 5 años de edad.

No debe existir dentro de la problemática trastornos psiquiátricos, de Deficiencia Mental o de rehabilitación física severa, ya que estos casos corresponden a servicios de tercer nivel.

## RESPONSABLES DE LA ATENCION:

Los profesionistas responsables de brindar al servicio, son Psicólogos, Pedagógos o Especialistas en problemas de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad, médicos generales, odontólogos y trabajadores sociales.

**DURACION DE LA ATENCION:**

La atención de los niños puede variar en duración, dependiendo de las características de cada caso, puede ser de unos meses hasta de dos ciclos escolares si el menor cubre el requisito de la edad; y si se considera que el pronóstico es favorable.

Si se asiste a terapia permanente, se presentará el menor regularmente de Lunes a Jueves, en horario de 9 a 12.00 en lugar de su grupo de Jardín de Niños, al cual solo se reintegrará los Viernes.

Si solamente se le ha asignado a una o dos terapias complementarias será de 30 a 60 minutos a la semana por cada uno de los tratamientos.

Un niño que asiste a terapia permanente, puede recibir una o dos terapias complementarias. Solamente quien recibe complementarias puede asistir a tres de este tipo.

El área Médica y de trabajo social son abiertos, es decir, todos los casos pueden recibir estos servicios las veces que sean necesarias independientemente de las otras modalidades terapéuticas.

## RECEPCION A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA:

En esta etapa se determina si el niño que es enviado por su educadora, o detectado por la Orientadora del Programa de Detección Preventiva, requiere o no del servicio de Atención Psicopedagógica.

Inicialmente se realiza a los niños un estudio breve denominado filtro, con este procedimiento se decide si el niño es o no aceptado, ya sea por que corresponda o no al servicio. De tener una problemática severa se derivará a la Institución de tercer nivel que corresponda según sea el caso, de lo contrario si la problemática puede ser manejada dentro del aula se regresa a su Jardín de Niños, siendo atendido por el Programa de Detección y Orientación.

Existen dos períodos intensivos en la recepción de los casos, estos son durante los meses de Septiembre y de Octubre, previa plática de clarificación a los padres para sensibilizarlos y explicarles en que consiste el servicio, y la problemática que sus hijos presentan.

Una vez realizado el filtro puede determinarse si el niño sólo requiere de las terapias complementarias, sin necesidad de realizarle el estudio de diagnóstico. Si la problemática es mas severa y corresponde al servicio, pasa al estu-

dio de diagnóstico el cual a diferencia del filtro es mas amplio y detallado, de ahí que se envié por lo general a estos casos a Grupos de Terapia Permanente.

#### ATENCION EN EL SERVICIO:

En forma general se considera que la atención preventiva brinda al niño con alteraciones en su desarrollo una serie de experiencias de aprendizaje y/o emocionales que favorezcan la superación de sus condiciones carenciales.

La estimulación psicopedagógica o psicológica que se proporciona en los C.A.P.E.P. Tiene un enfoque integral donde se hace necesaria la intervención de las diferentes disciplinas y especialidades.

Por otra parte se toma en cuenta a la familia y el ambiente socioeconómico en el que el niño se desarrolla como un aspecto importante, ya que es aquí donde se dan las bases en cuanto a las normas de convivencia, costumbres, valores que integrará el educando. Por esta razón es necesaria una coordinación estrecha entre los especialistas que atienden al niño y sus padres a fin de promover su colaboración, creándose en esta forma las condiciones favorables para el mejor aprovechamiento de la atención que se brinda.

A continuación se explica con detalle las diferencias en cada una de las modalidades de atención:

a= Grupos Permanentes:

- 1.- Estimulación Múltiple
- 2.- Grupo Interdisciplinario

b= Terapias Complementarias

- 1.- Lenguaje
- 2.- Psicomotricidad
- 3.- Psicología
- 4.- Area Médica
- 5.- Trabajo Social.

a) GRUPOS PERMANENTES:

Son aquellos que atienden a los niños que requieren de mayor estimulación y presentan una baja general en su rendimiento (baja comprensión, atención dispersa, torpeza motora dependencia, inadaptación social, etc.).

Puede presentar alteraciones que denoten posible alteración neurológica, auditiva o visual, o alguna problemática en salud.

Es a través de estos programas que se da estimulación

gradual e intensiva para tratar de lograr que los menores no tengan dificultades al iniciar su curso escolar primario.

Los terapeutas responsables de grupo permanente realizan la evaluación Psicopedagógica inherente a cada modalidad en particular; esto es con el fin de enriquecer el diagnóstico.

Al concluir los perfiles de diagnóstico (la parte del informe de Atención Preventiva), deberán establecer los planes de tratamiento tanto individuales como colectivos.

Posteriormente se elaborará el Proyecto Anual de Trabajo con base al perfil de su grupo, y del Programa General del Área. Posteriormente de manera periódica se registra en el Informe de Atención Preventiva los reportes de evolución de cada caso.

### Terapia en Grupo Permanente en el área de Estimulación Múltiple

#### Objetivo:

Proporcionar una estimulación graduada e integral a niños que presentan alteraciones en su desarrollo, que afecta su capacidad para el aprendizaje, y requieren alcanzar el nivel óptimo madurativo de acuerdo a lo esperado a su nivel de edad, para que posteriormente se integren al grado escolar inmediato superior de manera adecuada.

### Perfil del Educando:

Niños provenientes de J. de M., que muestran diversa etiología endógena o exógena, y que provoca disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, pudiéndose o no acompañar de alteraciones conductuales. Siendo su rendimiento intelectual de subnormalidad o de deficiencia mental superficial; mostrando fallas generalizadas en sus funciones mentales superiores o de privación sociocultural que afecta severamente su nivel de rendimiento.

### Personal que Atiende:

Una especialista en problemas de aprendizaje. Teniendo apoyo de un psicólogo si se implementa el Programa de Orientaciones a Padres a través de ciclo de pláticas.

### Características del Subprograma:

Son grupos de 20 niños, los cuales asisten de Lunes a Jueves, es decir 12 horas a la semana. La terapeuta participa junto con los padres en la ejecución de las actividades brindándoles pautas de conducta y de estimulación. De manera paralela un psicólogo proporciona conferencias a los padres acerca del Desarrollo Infantil. Los niños de buen pronóstico con dificultades para asistir, lo hacen semanalmente y en este caso

son los padres quienes proporcionan en casa la estimulación de manera intensiva siguiendo las instrucciones de la terapeuta. - Pueden recibir una o dos terapias complementarias en caso de -- buen pronóstico.

### Terapia en Grupo Permanente en el área de Grupo Interdisciplinario:

#### Objetivo:

Proporcionar estimulación gradual y de forma interdisciplinaria a los niños que presentan alteración en su desarrollo dentro del área emocional principalmente, y que por este hecho muestren dificultades en el aprendizaje. Con éste tratamiento se busca promover en ellos el desarrollo de sus potencialidades para una mejor adaptación en su medio.

#### Perfil del Educando:

Niños de J. de N. que muestren importante privación de estímulos afectivos, que interactúen en una dinámica familiar alterada que afecta su integración al grupo a través de - trastornos conductuales, como la timidez, la inseguridad, la - agresividad, pudiéndose acompañar de alteraciones del aprendizaje, o para integrar conceptos; deben presentar buen pronóstico en su nivel de abstracción, siendo su nivel de rendimiento intelectual de subnormalidad o ligeramente límite.

Personal que Atiende:

Dos especialistas, un psicólogo que semanalmente labora en terapia de grupo con los padres, hasta que finaliza el tratamiento. Y un especialista en problemas de aprendizaje, -- quien atiende el grupo; hay una estrecha relación interdisciplinaria en la toma de decisiones, tanto para la labor cotidiana -- como para la resolución de los casos.

Características del Subprograma:

Son grupos de 18 niños, que asisten de Lunes a Jueves 12 horas a la semana, una vez iniciado el tratamiento no se reciben casos nuevos ya que se trata de un trabajo terapéutico cerrado tanto en los niños como con los padres

Los terapeutas realizan actividades grupales, sin embargo puede hacerse de manera individual si así se requiere en algún momento de la atención.

Los padres asisten a terapia grupal psicoanalíticamente orientada una vez a la semana, por 90 minutos, durante todo el ciclo escolar.

## b) GRUPOS DE TERAPIA COMPLEMENTARIAS:

Este tratamiento se proporciona a los niños con alterau

ciones centradas en alguna área. Este servicio se proporciona en las especialidades de Lenguaje, Psicología, Psicomotricidad.

Estas terapias se proporcionan a los niños esten o no inscritos a los Grupos Permanentes de acuerdo a los requerimientos de cada modalidad. Los tratamientos pueden atenderse en -- grupos de 3 a 5 niños, o de manera individual; en los casos mas severos, pudiendo un niño estar inscrito a tres terapias complementarias si no asiste a Grupo Permanente en cuyo caso asisten únicamente de uno a dos tratamientos mas. El horario y la frecuencia de las sesiones varfa de 30 a 60 minutos repartidos en una o dos sesiones a la semana según sea la situación del caso.

El Area Médica y Trabajo Social no se rigen bajo estos parámetros ya que se puede recurrir a los mismos según se vaya necesitando, y con la frecuencia requerida.

La duración total de las terapias específicas será la que el caso requiera, de acuerdo a la intensidad del problema y del programa específico; pudiéndose dar de alta en el transcurso del ciclo escolar si se logra la meta del tratamiento, y en su lugar se inscribirá a otro niño que se encuentre en lista de espera.

La persona responsable de la terapia específica al concluir su perfil diagnóstico (primera parte del Informe de Aten-

ción Preventiva), deberá proceder a elaborar el programa individual de tratamiento de acuerdo al Programa General del Area y de las características de cada caso, auxiliándose con las técnicas o instrumentos que sean necesarios para enriquecer su diagnóstico específico.

Periódicamente registrará en el informe de atención preventiva los reportes de evolución necesarios de acuerdo al programa del área, como referencia al curso del tratamiento.

Estos documentos deberán tenerse en el local de trabajo para mostrarlos al personal técnico correspondiente cuando lo solicite.

Los responsables de atención específica se reunirán periódicamente con los padres conforme a las normas y lineamientos establecidos, concientizándolos para su participación en la estimulación y manejo de la conducta del niño en el hogar.

#### Terapia Complementaria en el Area de Psicología:

##### Objetivo:

Realizar una acción profiláctica en aquellos padres que precisan apoyo para concientizar sus funciones como padres.

Contribuir en la atención integral de los niños con alteraciones en su desarrollo emocional, para que logren una me--

por integración social, conservando su bienestar físico, social y emocional.

Advertir en las etapas tempranas del desarrollo, las posibles alteraciones emocionales que en lo futuro pudieran afectar al niño.

#### Perfil del Educando:

Niños del Sistema Regular del J. de N. o del Programa en Grupo Permanente cuyos padres posean poca información respecto al desarrollo y educación de sus hijos y que no acepten ni reconozcan la problemática que ellos presentan.

Niños con alteraciones de conducta derivados de una dinámica familiar inadecuada.

Familias y/o niños con desajustes emocionales susceptibles de ser superado en un tiempo no mayor de dos años, y que no requieran tratamiento psiquiátrico.

Los niños que pudieran asistir a terapia lúdica no deben presentar un nivel intelectual inferior a la subnormalidad, salvo en casos especiales donde detecte posible bloqueo emocional.

Personal que Atiende:

Licenciados en Psicología y ocasionalmente colaboran - los Trabajadores Sociales cuando se realizan ciclo de pláticas a los padres.

Características del Subprograma:

Las variables que pueden comprenderse en este área son:

- Terapia Lúdica
- Psicoterapia Familiar
- Grupo de Orientaciones a Padres o de Terapia
- Ciclo de Pláticas a Padres.

La duración de las sesiones varía de 60 a 90 minutos, en terapia familiar y/o de juego. Para los grupos el tiempo es mayor. El número de sesiones variará según sea la situación - del caso. Pudiendo ser de una a dos sesiones a la semana.

Los grupos deben tener de 8 a 15 integrantes, pudiendo cubrirse de uno a dos grupos. Dentro de la terapia indivi-- dual o lúdica deben atenderse en el ciclo escolar de 12 a 16 ca- sos.

Terapia Complementaria en el Area de Psicomotricidad:

Objetivos:

Integrar al sistema regular a niños con alteraciones en área perceptual o motoras.

Atender alteraciones de tipo perceptual y/o motoras - que afectan el proceso normal de desarrollo, promoviendo la - superación de estas condiciones carenciales, favoreciendo una mejor integración en los procesos cognoscitivos, del aprendizaje y de su integración social.

Perfil del Educando:

Perceptual: Nivel de rendimiento de normalidad, subnormalidad o superior al término medio. Presentando alteraciones perceptuales de ser superadas en corto tiempo y que -- asistan en forma simultánea a grupo del sistema regular. - - (Jardín de Niños).

Psicomotoras: Su rendimiento intelectual puede ser - de normalidad, subnormalidad, y hasta deficiencia mental. -- Presentando torpeza motora, trastornos de esquema corporal, -- cualquier alteración en extremidades, cadera, secuelas, etc. (LEVES) y en el programa del área tengan buen pronóstico. Pudiendo ser del sistema regular de Jardín de Niños o de Terapia en Grupo Permanente.

Personal que Atiende:

Pedagogos, psicólogos, Terapeutas en Problema de - - Aprendizaje, Educadoras con algún estudio posterior a la Normal y que sea afín al área.

Característica del Programa:

Se trabaja principalmente en pequeños grupos de 5 niños debiendo cubrir al año un total de 30 educandos. Asistiendo de 60 a 90 minutos a la semana, distribuidos en una o dos sesiones a la semana. Semanalmente se proporcionan a -- los padres tareas y pautas de estimulación para que las realicen en casa, de manera intensiva.

De manera paralela un psicólogo proporciona conferencias a los padres acerca del Desarrollo Infantil y en los casos más severos se derivan a terapia familiar o lúdica.

Terapia Complementaria en la Area de Lenguaje:Objetivo:

Proporcionar atención a niños que presentan alteraciones en el Area del Lenguaje y cuya etiología pudiera ser de - origen orgánico y/o funcional que afecta su proceso normal de desarrollo y que los coloca en situaciones de desventaja, buscando la superación de estas para poderlos integrar al sistema educativo regular.

Promover no solo la superación de las alteraciones -- del lenguaje sino también la adquisición de distintas formas de Lenguaje y comunicación que permitan al sujeto disponer de la correcta correspondencia de signos y símbolos.

Perfil del Educando:

Niños del Sistema Regular de J. de N. de terapia en - grupo permanente de Estimulación Múltiple con rendimiento intelectual preferentemente de normalidad y subnormalidad, pudiendo ser limítrofes si su pronóstico es bueno así como su nivel de comprensión.

Niños cuya comprensión se encuentra dentro de los límites normales y su comunicación se realice a través de gestos; o con lingüística incomprensible por presentar múltiples alteraciones en su articulación, o morfosintácticas.

Niños con alteraciones en órganos fono-articuladores, labios, lengua, paladar, dientes y que no reciben atención en otras instituciones.

Niños con lenguaje limitado y con dificultad de discriminación auditiva.

En ningún caso podrá admitirse niños con problemas de audición aunque pudieran corresponder dentro de los parámetros.

Personal que Atiende:

Terapeutas Especialistas en Problemas de Audición y del Lenguaje.

Características del Subprograma:

Puede trabajarse en modalidad individual o grupal con 3 niños, cubriéndose 30 casos durante el ciclo escolar. Asistiendo de 60 a 90 minutos a la semana distribuidos en una o - dos sesiones. A los padres de familia se les proporcionan tareas y pautas de estimulación para que los realicen en casa - de manera intensiva.

De manera paralela un psicólogo proporciona conferencias a los padres acerca del Desarrollo Infantil, y en los casos mas severos se les deriva a Terapia Familiar o Lúdica.

## RESOLUCION FINAL DE LOS CASOS DE ATENCION PREVENTIVA:

Todos los casos que hayan concluido su atención deberán someterse a revisión clínica por un equipo interdisciplinario a efecto de tomar la decisión final.

Esto último se refiere a que es importante discutir y conocer la evolución de cada niño y el estado en el que se encuentra para determinar su derivación para el siguiente ciclo escolar.

Los criterios de clasificación de resultado son los siguientes:

- ALTA: Cuando desde el punto de vista clínico se considera que el niño ha superado el motivo de atención, en consecuencia es remitido al Sistema o Nivel Regular.
- BAJA: Cuando el niño dejó de asistir al grupo de atención por cualquier causa, justificada o no. La baja es determinada cuando el niño falta más de tres veces consecutivas, mismas que serán reportadas a la Responsable de Atención Preventiva, en un plazo mínimo de 5 días.
- CANALIZACIÓN EXTERNA: Cuando el niño es derivado a otra institución para que continúe su tratamiento, esto es por que sea de más gravedad su problemática y requiera atención de tercer nivel, o porque no pueda continuar en el centro por su edad aunque su evolución haya sido favorable.
- CONTINUA SU ATENCIÓN EN EL CENTRO: Si el niño requiere continuar su atención en el centro por segundo ciclo escolar, ya sea dentro de la misma área o en otra, según lo amerite su situación.

Los especialistas responsables del grupo de atención preventiva deberán presentar en esta revisión clínica los expedientes anexando el informe de atención preventiva concluido.

En este último bimestre del año escolar se llevará a cabo este procedimiento en todos los grupos del centro.

#### CONTENIDO DE LOS EXPEDIENTE:

El expediente clínico de cada caso atendido en - - C.A.P.E.P., son un conjunto de documentos que contienen información de los resultados obtenidos en la valoración y atención que se proporcionó al preescolar.

Cada expediente debe contener para su registro los siguientes documentos:

- Solicitud de atención.
- Instrumentos de predetección (los envía la Educadora responsable del menor).
- Hoja de admisión.
- Filtro (Primera entrevista, Test de Goodenough, Reproducción de figuras geométricas, Dibujo Libre, Exploración breve de Lenguaje).
- Historia Clínica.- Pase de canalización a Terapia complementaria o de Regreso a su J. de N.

Si el menor pasa a Estudio de Diagnóstico:

- Test Gestáltico Visomotor - Bender
- Test de Inteligencia Terman Merrill o WPPSI
- Informe de Estudio Psicológico, pase de canalización a su Terapia o a otra Institución.

Cada caso particular puede o no contener los siguientes estudios:

- Ficha de Estudio (s) Médico (s)
- Historia Socioeconómica
- Reporte de Trabajo Social

Cada Terapeuta posee su expediente particular con su Perfil Diagnóstico y Reportes de Evolución de sus casos. Al final del ciclo escolar integran la información al expediente general, complementándose así toda la información.

#### DIAGNOSTICO ACTUAL DE LA INSTITUCION

Para poder realizar las acciones de este Programa -- dentro de la República Mexicana, el Departamento cuenta con 79 Centros en provincia, y 20 Centros en el D.F., los cuales se denominan C.A.P.E.P. (Centro de Atención Preventiva de --

Educación Preescolar). (21)

Todos operan nacionalmente de manera unificada, funcionando cada uno por medio de la coordinación de tres áreas; la Dirección, Programa de Detección Preventiva y el Programa de Atención Psicopedagógico.

La Dirección del Centro, desarrolla acciones de planeación, dirección control de la prestación del servicio, en coordinación con Jefes de Sector e Inspectores de los Jardines de Niños Oficiales asignados por cada zona geográfica o delegacional, según es el caso particular de cada Centro. Así mismo dado que cada comunidad presenta necesidades y características particulares, la dirección coordina los ajustes y modificaciones que se realicen en la operatividad de los programas.

El Area de Detección y Prevención; tiene como función verificar acciones para la detección de alteraciones del desarrollo o del aprendizaje que pudieran presentar los preescolares de los Jardines de Niños. Este programa se encarga de derivar a CAPEP, a los menores que no puedan superar su proble-

---

(21) Departamento de psicología y psicopedagogía; "Programa de Atención Preventiva de Educación Preescolar". Dirección General de Educación Preescolar, Subsecretaría de Educación Elemental, S.E.P. Septiembre de 1984, p.p. 1-445.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

mática dentro del aula a través de sus actividades cotidianas.

Cuando la población no es de alto riesgo, y si se detectan algunas dificultades susceptibles de ser atendidas por su profesor, este programa brinda orientaciones psicopedagógicas a educadoras y padres de familia en los Jardines de Niños.

El Area de Atención Psicopedagógica; tiene como función realizar estudios psicológicos y psicopedagógicos a los educandos que hayan sido derivados del área de Detección y - Prevención; a efectos de diagnosticar y proporcionar atención terapéutica especializada, o de canalizar a los menores con - problemáticas más severas a Instituciones de tercer nivel.

EL CAPEP TLATELOLCO. Se encuentra ubicado en la Delegación Cuauhtémoc, dentro de la U. Habitacional Tlatelolco, - siendo su ámbito de operación todos los Jardines de Niños y - Estancias Infantiles comprendidas en esta área. Los cuales - están organizados en 2 Jefaturas de Sector que incluyen 9 zonas, con 57 Jardines de Niños.

Para el ciclo escolar 87-88 la población de niños de 3er. grado ascendía a 6,203 menores, habiendo asistido al Servicio de CAPEP 657. De ellos, atendiendo a la problemática - que presentaron, fueron canalizados a los tratamientos en la

proporción que a continuación se menciona.

	AREA	No.GRUPOS	No. NIÑOS	No.DESERCIONES
GRUPOS PERMANENTES	ESTIMULACION MULTIPLE	3	95	30
	GRUPO INTER-DISCIPLINARIO	4	80	23
TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.	LENGUAJE	10	275	45
	PSICOLOGIA	5	82	32
	PSICOMOTRICIDAD.	2	<u>85</u>	10
			<u>517</u>	

Fueron derivados a otras Instituciones por no corresponder al servicio 40 casos.

Habiendo desertado 140 casos durante el ciclo escolar.

Encontrándose que los tratamientos más vulnerables en la deserción fueron los grupos permanentes, siendo más alta la proporción de Estimulación Múltiple, y en los grupos de terapia complementaria el área de Psicología. Encontrándose que en las terapias complementarias mostraron menor deserción ya que como se mencionó, requerían únicamente asistir a terapia una vez a la semana, por ser menos severa la problemática presentada. En contraste a lo anterior, en las modalidades de grupos permanentes y de psicología se ha encontrado menos constancia en los padres para llevar a los menores al servicio

tanto por la problemática familiar como económica (madres solteras, padres trabajadores en turnos completos, alcoholismo, golpes, familias numerosas, desinterés hacia la problemática que presentan los menores, dificultades económicas para cubrir los gastos de transporte y los requerimientos de la terapia, etc.).

## METODO

### PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Existe alguna relación o no entre las condiciones económicas y las características familiares, con la asistencia a un servicio y la posibilidad de éxito en los logros preventivos?

### HIPOTESIS GENERALES

$H_1$  - Existen diferencias entre el nivel económico, las características familiares, la posibilidad de que se asista al servicio y la posibilidad de tener éxito en el tratamiento y los logros preventivos.

$H_0$  - No existen diferencias entre el nivel económico, las características familiares y la posibilidad de que se asista al servicio y de que se tenga éxito en el tratamiento y logros preventivos.

## HIPOTESIS PARTICULARES

$H_{A1}$  - Existen diferencias entre el nivel económico y las características familiares.

$H_{A0}$  - No existen diferencias entre el nivel económico y las características familiares.

$H_{B1}$  - Existen diferencias entre el nivel económico y la posibilidad de que se asista al servicio.

$H_{B0}$  - No existe diferencia entre el nivel económico y la posibilidad de que se asista al servicio.

$H_{C1}$  - Existe diferencia entre el nivel económico y la posibilidad de tener éxito en el tratamiento.

$H_{C0}$  - No existe diferencia entre el nivel económico y la posibilidad de tener éxito en el tratamiento.

$H_{D1}$  - Existe diferencia entre las características familiares y la posibilidad de que asista al servicio.

$H_{D0}$  - No existe diferencia entre las características familiares y la posibilidad de que asista al servicio.

$H_{EI}$  - Existen diferencias entre el nivel económico y los logros preventivos.

$H_{EO}$  - No existen diferencias entre el nivel económico y los logros preventivos.

$H_{F1}$  - Existen diferencias entre las características familiares y los logros preventivos.

$H_{FO}$  - No existen diferencias entre las características familiares y los logros preventivos.

$H_{GI}$  - Existen diferencias entre la posibilidad de que se asista al servicio y los logros preventivos.

$H_{GO}$  - No existen diferencias entre la posibilidad de que se asista al servicio y los logros preventivos.

$H_{HI}$  - Existen diferencias entre la posibilidad de tener éxito en el tratamiento y los logros preventivos.

$H_{HO}$  - No existen diferencias entre la posibilidad de tener éxito en el tratamiento y los logros preventivos.

$H_{11}$  - Existen diferencias entre la limitación en las características familiares y la posibilidad de tener éxito en el tratamiento.

$H_{10}$  - No existe diferencia entre las características familiares y la posibilidad de tener éxito en el tratamiento.

$H_{21}$  - Existe diferencia entre la posibilidad de que se asista al servicio y la posibilidad de que se tenga éxito en el tratamiento.

$H_{20}$  - No existe diferencia entre la asistencia al servicio y la posibilidad de éxito en el tratamiento.

#### DEFINICION DE VARIABLES:

##### TIPO DE VARIABLES:

Las variables se refieren a variaciones de comportamiento, a una propiedad que se adopta y que se desea medir. En el presente estudio desde el punto de vista manipulativo son clasificadas como Variables Atributivas o Asignadas, ya que preexisten en los sujetos que se van a estudiar, se dice que están manipuladas por su ambiente inicial y que otras circunstancias han hecho de ellas lo que son.

## DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

V.1. NIVEL ECONOMICO DE LA POBLACION QUE ASISTE AL CENTRO. -

(Se refiere a los ingresos de la (s) persona (s) responsable (s) del menor).

V.1.1. Más del salario mínimo

V.1.2. Equivalente al salario mínimo

V.1.3. Menos del salario mínimo

V.2. CARACTERISTICAS FAMILIARES. (Se comprendió la conformación de la familia responsable del menor)

V.2.1. Tipo de Familia:

V.2.1.1. Familia Nuclear

V.2.1.2. Familia Nuclear y otro (s) de la de Origen

V.2.1.3. Solo un miembro de la familia nuclear, o algún miembro de la de origen o alguna persona sin lazo parental con el menor

V.2.2. Nivel de instrucción de los padres o tutores.

V.2.2.1. Nivel técnico; bachillerato o licenciatura

V.2.2.2. Primaria completa, secundaria completa, o incompleta

V.2.2.3. Analfabetos sólo con lecto escritura o primaria incompleta

V.2.3. Antecedentes de miembro con problemática orgánica o emocional (aquí se incluye la presencia de uno o varios de los siguientes padecimientos; - alcoholismo, farmacodependencia, golpes, prisión, prostitución, deficiencia mental, organización, etc.).

V.2.3.1. Ausencia del Padecimiento.

V.2.3.2. Presencia de uno o varios padecimientos.

### V.3. ASISTENCIA AL SERVICIO.

V.3.1. Motivo de consulta (se indica en que área se solicitó el servicio para el menor).

V.3.1.1. Problema psicomotor (gruesa o fina -- que denote torpeza para trabajar, -- aquí se incluyen los problemas de lenguaje).

V.3.1.2. Problemas de Aprendizaje (no comprende, no entiende o se le olvida lo que hace).

V.3.1.3. Problema familiar o emocional (agresión, inadaptación o falta de comunicación).

V.3.2. Asistencia al Servicio (Se menciona la modalidad terapéutica asignada).

V.3.2.1. Solo a una terapia complementaria.

- V.3.2.2. Dos o tres terapias complementarias.
- V.3.2.3. Grupo permanente o grupo permanente - más otra terapia.
- V.3.3. FACTORES QUE LIMITARON LA ASISTENCIA AL SERVICIO (ya sea desde el inicio de la atención o en el transcurso de la misma).
  - V.3.3.1. Algún factor imprevisto dificultó pe- se al interés mostrado.
  - V.3.3.2. Dificultad económica o de distancia.
  - V.3.3.3. La familia se negó a cooperar porque no cree que exista algún padecimiento, o hubo desacuerdo con la terapeuta o se desconoce la causa.
- V.3.4. COLABORACION EN EL TRATAMIENTO (Las personas -- que apoyaron al menor y su participación).
  - V.3.4.1. En todas las terapias
  - V.3.4.2. Sólo en parte de las terapias o del - tiempo de la atención.
  - V.3.4.3. De manera irregular permanentemente.
- V.4. EXITO DEL TRATAMIENTO se refiere a los logros dentro de la atención una vez finalizado el tratamiento.
  - V.4.1. QUIENES PARTICIPARON EN LA ATENCION DEL MENOR.
    - V.4.1.1. Ambos padres o tutores.
    - V.4.1.2. Sólo uno de los padres.
    - V.4.1.3. Otro familiar o alguna amistad.

V.4.2. CORRECCION DEL PROBLEMA DE APRENDIZAJE.

V.4.2.1. Alta en todos los servicios.

V.4.2.2. Superó parcialmente su problemática, por lo que requiere continuar su atención en C.A.P.E.P., u otra institución.

V.4.2.3. Baja del Servicio.

V.4.3. CORRECCION DEL PROBLEMA EMOCIONAL.

V.4.3.1. Alta en el tratamiento.

V.4.3.2. Superó parcialmente su problemática, por lo que requiere continuar su atención en C.A.P.E.P. u otra Institución.

V.4.3.3. Baja del Servicio.

V.5. LOGROS PREVENTIVOS: Se refiere a que los padres hayan logrado un cambio favorable respecto a la problemática que sus hijos presentaron, describiendo la manera en que pueden ayudarlos.

V.5. CONSIDERAN QUE LA PRESENCIA DEL PROBLEMA DE SU HIJO SE DEBIO:

V.5.1. A falta de estimulación por pobre apoyo familiar, o se debió a la problemática dentro del núcleo familiar.

V.5.2. La problemática se debió a la herencia, falta de madurez, o a problema de salud.

- V.5.3. No aceptan o desconocen las causas de la proble  
mática de su hijo.
- V.6. LOGRO PREVENTIVO: Se refiere a que los padres hayan lo  
grado entender que es lo que sus hijos requieren para -  
un buen aprovechamiento escolar, y una mejor superación  
personal.
- V.7. CONSIDERAN QUE PARA UN BUEN APROVECHAMIENTO ESCOLAR Y -  
MEJOR DESARROLLO PERSONAL SE REQUIERE:
- V.7.1. La relación armónica entre los miembros de la -  
familia o la estimulación, los cinco primeros --  
años del desarrollo como factor determinante pa  
ra los años posteriores.
- V.7.2. Asistir regularmente a la escuela o tener buena  
alimentación.
- V.7.3. Los factores emocionales y del aprendizaje son  
independientes, y los profesores son quienes de  
ben de resolverlos.

#### SUJETOS Y ESCENARIO

La muestra formó parte de la población de preescola--  
res que recibió servicio en el programa de Atención Psicopeda  
gógica en C.A.P.E.P. Tlatelolco.

Los menores que asistieron al Centro, cursaban el 3er. grado de Jardín de Niños, durante el ciclo 87-88, siendo en su mayoría de escuelas oficiales, ubicadas dentro de la Delegación Política Cuauhtemoc, o que proviniendo de otras zonas geográficas de la ciudad, sus centros educativos eran de esta área.

Se aleatorizó la selección de la muestra, por lo que se tomaron 90 casos, 15 de cada una de las áreas de atención cubriéndose al hacerlo a todo el personal sin importar la cuota de casos elegida por cada uno de los especialistas.

La muestra fué al azar de una población de 657 menores atendidos en el C.A.P.E.P. Tlatelolco en total durante el ciclo antes mencionado. Es decir, la muestra fué probabilística por cuota, hecho que nos garantiza la representatividad de la población, para poder establecer las comparaciones respectivas dentro de los diferentes tratamientos.

## INSTRUMENTO

La medición fue de tipo indirecta inferencial, utilizándose como único instrumento una Lista de Cotejo de reactivos cerrados de opción fija para evaluar cada una de las categorías de cada variable.

Las Listas de Cotejo detectaron las mismas categorías en todos y cada uno de los expedientes revisados; fueron aplicados en una serie continua de sesiones por los mismos recabadores de datos.

No se dieron instrucciones personales al hacer la elección ya que se realizó por medio del archivo del Centro, basándose en las listas de cada grupo.

Este instrumento facilitó una medición de tipo Nominal o Categórica, sin significado de tipo numeral, en éste solo se registró si cada caso poseía o no la categoría a evaluar.

Una vez recabada la información se asignaron puntuaciones de 10, 20 ó 30 para evaluar en cada uno de los casos, - la presencia o ausencia de cada categoría por variable.

- 10 Cuando la presencia del atributo era más favorable.
- 20 Cuando la presencia del atributo era medianamente favorable.
- 30 Cuando la presencia del atributo era poco favorable.

En este proceso no se decidió que sujetos recibirían el valor de la variable, sino que a la inversa, el valor de la variable determinó las características de los sujetos seleccionados. A pesar de que esta forma de control puede considerarse deficiente dado que es de tipo atributiva, se buscó con esta medida el conocimiento de las características y condiciones de la población que accedió al servicio.

Puesto que no existió ingerencia directa sobre las variables, se buscó detectar el efecto de las variables entre sí para obtener inferencias en torno a éste; el control ejercido fue poco riguroso ya que se aprovechó la presencia del fenómeno en su ambiente natural para evaluarlo.

#### TIPO DE ESTUDIO: (13)

La Investigación es evaluativa a nivel de campo, estuvo encaminada a descubrir las relaciones entre las variables psicológicas, sociológicas y educacionales en su ámbito natural.

---

(13) TORRES, Chávez, Alvaro: "Curso de prácticas de cuarto nivel, social multidimensional, quinto semestre". Coordinación de Laboratorios, Fac. de Psicología, UNAM. México, 1980. p.p. 68-116.

Dado que no se pretendió inducir ningún tratamiento - para modificar el problema en cuestión, no hubo manipulación directa ni indirecta en el proceso, por lo que el presente estudio no fue de carácter experimental.

#### DISERÑO DE LA INVESTIGACION

Se compararon seis grupos naturales y equivalentes -- con ausencia de grupo testigo.

La asignación se realizó al azar, una vez que se finalizó la asistencia a los tratamientos psicopedagógicos y/o -- psicológicos en cuestión. Midiéndose los resultados obtenidos entre sí y entre las variables a través de los tratamientos estadísticos respectivos.

#### PROCEDIMIENTO

Una vez concluido el ciclo escolar, se eligieron los 90 casos, al azar, como ya se mencionó 15 por cada área de -- atención, se recavó la información requerida con la lista de cotejo correspondiente, quedando asignados los grupos de la -- manera siguiente:

- 15 niños de Terapia en Grupo Permanente de Estimulación Múltiple-EMGPO 1
- 15 niños de Terapia en Grupo Interdisciplinario-GIGPO 2
- 15 niños de Terapia Complementaria de el Area de Psicología-PSGPO 3
- 15 niños de Terapia Complementaria de el Area de Psicomotricidad-PMGPO 4
- 15 niños de Terapia Complementaria de el Area de Lenguaje- LeGPO 5
- 15 niños Desertores de todas las Areas-DEGPO 6

Muestra de 90 casos de una población total de 657.

#### PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Para determinar si existe una diferencia significativa entre los grupos motivo de estudio, se recurrió al procedimiento estadístico conocido como "Prueba de Hipótesis" o Ensayo de Significación. Este procedimiento, como se sabe, busca encontrar si existe una discrepancia entre los promedios de uno y otro grupo, involucrando el Error Estándar de Estimación, que es el error que se comete por no considerar a la población total, si no solamente a una parte de ella (muestra).

Este Procedimiento Estadístico se basa en la aceptación o rechazo de nuestra hipótesis nula  $H_0$  la cual es formulada generalmente con el único objeto de rechazarla o invalidarla.

Debido a que la muestra general de 90 elementos se -- subdividió a su vez en submuestras de tamaño 15, la prueba de hipótesis utilizada fué la "T" de Student, de diferencia de - promedios, cuya fórmula es la siguiente:

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

Donde:

$\bar{X}_1$  = Promedio de uno de los grupos.

$\bar{X}_2$  = Promedio de otro de los grupos.

$S_1$  = Desviación Estandar de uno de los grupos.

$S_2$  = Desviación Estandar de otro de los grupos.

$N_1$  = Tamaño de la muestra de uno de los grupos.

$N_2$  = Tamaño de la muestra de otro de los grupos.

Como nuestra intención (vista a través de las hipóte- sis) es la de determinar la existencia de alguna diferencia - significativa entre los puntajes promedios de los grupos, se procedió primeramente a obtener las medias de cada uno de los subgrupos, así como las desviaciones estándar correspondien- tes que como ya se dijo, integran el aludido error estándar - de estimación.

Una vez conocidos estos parámetros se procedió a desa

desarrollar la fórmula general de "T", considerando como  $\bar{x}_1$  y  $\bar{x}_2$  las combinaciones de los 6 subgrupos que integraron nuestra muestra total, en cada una de las variables, es decir comparamos de la siguiente manera:

- $V_1$  - Nivel Socioeconómico con todos y cada una de las variables en todos los grupos.
- $V_2$  - Características Familiares se contrastaron con la  $V_3$ ,  $V_4$ ,  $V_5$  y  $V_6$  con todos los grupos.
- $V_3$  - Asistencia al Servicio de contrastó con  $V_4$ ,  $V_5$  y  $V_6$  en todos los grupos.
- $V_4$  - Exito de la atención se contrastó con  $V_5$  y  $V_6$  en todos los grupos.
- $V_5$  y  $V_6$  - Logros Preventivos, finalmente se contrastaron entre sí para establecer diferencias entre el reconocimiento que los padres hicieron respecto al origen de la problemática - que sus hijos presentaron y las medidas a tomar para mejorar su situación.

En base a lo anterior las combinaciones fueron:

(1,2) (1,3) (1,4) (1,5) (1,6) (2,3) (2,4) (2,5) (2,6)  
 (3,4) (3,5) (3,6) (4,5) (4,6) (5,6)

Es decir se realizaron 15 contrastes estadísticos, -- los cuales se confirman a través de la siguiente fórmula:

$${}^6C_2 = \frac{6!}{2!(6-2)!} = \frac{6 \cdot 5 \cdot 4!}{2! \cdot 4!} = \frac{30}{2} = 15$$

Los resultados se muestran en la TABLA No. 1.

Los pasos seguidos para cada uno de estos contrastes fueron los siguientes:

10. Creación de las hipótesis de los grupos a contrastar.
20. Obtención de la Frontera de decisiones, considerando un nivel de significación de 0.05 o 5%, es decir se le dió a la prueba un 95% de confianza.
30. Formulación de la regla de decisiones, (28 grados de libertad, lo que se obtuvo en las tablas de -- distribución "T", un valor de +/-1.70, mismo que constituyo nuestra frontera de decisiones).
40. Cálculo del Estadístico "T".
50. Aceptación o rechazo de la hipótesis nula, en base a los resultados obtenidos del mencionado estadístico.
60. Conclusiones.

La TABLA No. 1 nos muestra en resumen, los resultados obtenidos de dicho cálculo de "T", los cuales en base a nuestra regla de decisiones aceptan o rechazan nuestra hipótesis de nulidad. En la penúltima columna se muestran dichos resultados, y en la última se menciona si la hipótesis nula es o no rechazada.

Las conclusiones que aparecen en las subsecuentes páginas están basadas en dichos resultados, así por ejemplo -- cuando comparamos el grupo 3 con el 4.

En la variable 1, el resultado de "T" fué de 1.07 y - como nuestra frontera de decisiones era de +/-1.70, se rechazó en este caso la hipótesis de nulidad, lo que quiere decir que la diferencia fué significativa, y se acepta la  $H_1$ .

Posteriormente, con el objeto de llegar a una mayor - fineza en los resultados se obtuvo la media de los promedios ( $\mu \bar{x}$ ) de los seis grupos, de las seis variables; dato que se contrastó con el promedio de cada variable.

Dicho contraste se realizo también con una prueba de hipótesis, o ensayo de significación utilizando para ello la siguiente fórmula:

$$T = \frac{\bar{x}_1 - \mu \bar{x}}{\frac{s}{\sqrt{N-1}}}$$

Donde:

$\bar{x}_1$  = Media del grupo o promedio a contrastar con la - media de medias ( $\bar{x}$ ).

$\mu \bar{x}$  = Promedio de media, considerada como que es el -- promedio de la población.

S = Desviación Estandar de la muestra.

N = Tamaño de la muestra.

Siguiendo cada uno de los pasos aludidos en el proce- dimiento anterior, se presentan en la tabla 2, la cual mues--

tra la aceptación o rechazo de cada una de las hipótesis generales, en este caso con 14 grados de libertad la frontera de decisiones obtenida tuvo un valor de  $\pm 2.14$ .

A continuación se presentan los resultados obtenidos.

## RESULTADOS

A continuación se presenta el contraste obtenido de los diferentes grupos respecto a las diferentes variables.

T A B L A No. 1

No. VARIABLE	$\bar{X}$ c/u	GRUPO	Nivel de Signif.	"T"	Aceptación o Rechazo $H_0$
1 - 2					
1	21.33	21.33	+/-1.70	0.00	Acepta $H_0$
2	19.33	20.66	+/-1.70	-0.69	Acepta $H_0$
3	22.66	24.00	+/-1.70	-0.55	Acepta $H_0$
4	21.33	17.33	+/-1.70	1.22	Acepta $H_0$
5	16.00	19.33	+/-1.70	-1.07	Acepta $H_0$
6	14.66	18.00	+/-1.70	-1.28	Acepta $H_0$
1 - 3					
1	21.33	16.66	+/-1.70	1.64	Acepta $H_0$
2	19.33	18.66	+/-1.70	0.30	Acepta $H_0$
3	22.66	23.33	+/-1.70	-0.63	Acepta $H_0$
4	21.33	23.33	+/-1.70	-0/63	Acepta $H_0$
5	16.00	16.66	+/-1.70	-0/23	Acepta $H_0$
6	14.66	18.00	+/-1.70	-1.13	Acepta $H_0$
1 - 4					
1	21.33	12.00	+/-1.70	3.60	Acepta $H_1$
2	18.33	18.66	+/-1.70	0.35	Acepta $H_0$
3	22.66	17.33	+/-1.70	2.46	Acepta $H_1$
4	21.33	18.00	+/-1.70	1.08	Acepta $H_0$
5	16.00	14.66	+/-1.70	0.49	Acepta $H_0$
6	14.66	14.66	+/-1.70	0.00	Acepta $H_0$

## CONTINUACION TABLA No. 1

No. VARIABLE	$\bar{X}$	c/u GRUPO	Nivel de Signif.	"T"	Acceptación o Rechazo $H_0$
1 - 5					
1	21.33	18.66	+/-1.70	0.92	Accepta $H_0$
2	19.33	16.66	+/-1.70	1.10	Accepta $H_0$
3	22.66	16.00	+/-1.70	3.31	Accepta $H_1$
4	21.33	21.33	+/-1.70	0.00	Accepta $H_0$
5	16.00	17.33	+/-1.70	-0.51	Accepta $H_0$
6	14.66	15.33	+/-1.70	-0.26	Accepta $H_0$
1 - 6					
1	21.33	20.66	+/-1.70	0.22	Accepta $H_0$
2	19.33	18.66	+/-1.70	0.30	Accepta $H_0$
3	22.66	28.00	+/-1.70	-3.35	Accepta $H_1$
4	21.33	27.33	+/-1.70	-2.13	Accepta $H_1$
5	16.00	27.33	+/-1.70	-4.31	Accepta $H_1$
6	14.66	27.33	+/-1.70	-5.16	Accepta $H_1$
2 - 3					
1	21.33	16.66	+/-1.70	1.74	Accepta $H_1$
2	20.66	18.66	+/-1.70	0.98	Accepta $H_0$
3	24.00	23.33	+/-1.70	0.25	Accepta $H_0$
4	17.33	23.33	+/-1.70	-2.16	Accepta $H_1$
5	19.33	16.66	+/-1.70	0.82	Accepta $H_0$
6	18.00	18.00	+/-1.70	0.00	Accepta $H_0$

## CONTINUACION TABLA No. 1

No.	VARIABLE	$\bar{X}$	c/u GRUPO	Nivel de Signif.	"T"	Aceptación o Rechazo $H_0$
2 - 4						
1		21.33	12.00	+/-1.70	3.88	Acepta $H_1$
2		20.66	18.66	+/-1.70	1.12	Acepta $H_0$
3		24.00	17.55	+/-1.70	0.24	Acepta $H_0$
4		17.33	18.00	+/-1.70	-0.25	Acepta $H_0$
5		19.33	14.66	+/-1.70	1.49	Acepta $H_0$
6		18.00	14.66	+/-1.70	1.20	Acepta $H_0$
2 - 5						
1		21.33	18.66	+/-1.70	0.98	Acepta $H_0$
2		20.66	16.66	+/-1.70	1.81	Acepta $H_1$
3		24.00	16.00	+/-1.70	2.97	Acepta $H_1$
4		17.33	21.33	+/-1.70	-1.42	Acepta $H_0$
5		19.33	17.33	+/-1.70	0.65	Acepta $H_0$
6		18.00	15.33	+/-1.70	0.96	Acepta $H_0$
2 - 6						
1		21.33	20.66	+/-1.70	0.24	Acepta $H_0$
2		20.66	18.66	+/-1.70	0.98	Acepta $H_0$
3		24.00	28.00	+/-1.70	-1.67	Acepta $H_0$
4		17.33	27.33	+/-1.70	-4.21	Acepta $H_1$
5		19.33	27.33	+/-1.70	-2.60	Acepta $H_1$
6		18.00	27.33	+/-1.70	-3.45	Acepta $H_1$

CONTINUACION TABLA No. 1

No. VARIABLE	$\bar{X}$ c/u GRUPO	Nivel de Signif.	"T"	Acceptación o Rechazo $H_0$
3 - 4				
1	16.66 12.00	+/-1.70	1.97	Acepta $H_1$
2	18.66 18.66	+/-1.70	0.00	Acepta $H_0$
3	23.33 17.33	+/-1.70	2.48	Acepta $H_1$
4	23.33 18.00	+/-1.70	2.09	Acepta $H_1$
5	16.66 14.66	+/-1.70	0.70	Acepta $H_0$
6	18.00 14.66	+/-1.70	1.08	Acepta $H_0$
3 - 5				
1	16.66 18.66	+/-1.70	-0.75	Acepta $H_0$
2	18.66 16.66	+/-1.70	0.80	Acepta $H_0$
3	23.33 16.00	+/-1.70	3.21	Acepta $H_1$
4	23.33 1.33	+/-1.70	0.75	Acepta $H_0$
5	16.66 17.33	+/-1.70	-0.24	Acepta $H_0$
6	18.00 15.33	+/-1.70	0.88	Acepta $H_0$
3 - 6				
1	16.66 20.66	+/-1.70	-1.44	Acepta $H_0$
2	18.66 18.66	+/-1.70	0.00	Acepta $H_0$
3	23.33 28.00	+/-1.70	-2.43	Acepta $H_1$
4	23.33 27.33	+/-1.70	-1.81	Acepta $H_1$
5	16.66 27.33	+/-1.70	-3.83	Acepta $H_1$

## CONTINUACION TABLA No. 1

No. VARIABLE  $\bar{X}$  c/u GRUPO Nivel de Signif. "T" Aceptación o Rechazo  $H_0$

---

4 - 5				
1	12.00 18.66	+/-1.70	-2.77	Acepta $H_1$
2	18.66 16.66	+/-1.70	0.87	Acepta $H_0$
3	17.33 16.00	+/-1.70	0.55	Acepta $H_0$
4	18.00 21.33	+/-1.70	-1.28	Acepta $H_0$
5	14.66 17.33	+/-1.70	-1.01	Acepta $H_0$
6	14.66 15.33	+/-1.70	-0.25	Acepta $H_0$

4 - 6				
1	12.00 20.66	+/-1.70	-3.44	Acepta $H_1$
2	18.66 18.66	+/-1.70	0.00	Acepta $H_0$
3	17.33 28.00	+/-1.70	-5.06	Acepta $H_1$
4	18.00 27.33	+/-1.70	-4.43	Acepta $H_1$
5	14.66 27.33	+/-1.70	-4.79	Acepta $H_1$
6	14.66 27.33	+/-1.70	-4.79	Acepta $H_1$

5 - 6				
1	18.66 20.66	+/-1.70	-0.70	Acepta $H_0$
2	16.66 18.66	+/-1.70	-0.80	Acepta $H_0$
3	16.00 23.00	+/-1.70	-6.15	Acepta $H_1$
4	21.33 27.33	+/-1.70	-2.66	Acepta $H_1$
5	17.33 27.33	+/-1.70	-3.89	Acepta $H_1$
6	15.33 27.33	+/-1.70	-4.54	Acepta $H_1$

T A B L A No. 2

No. VARIABLE	$\bar{X}$ c/u c/u V	GRUPO $\bar{X}$ total	Nivel de Signif.	"T"	Aceptación o Rechazo $H_0$
1	18.44	19.71	+/-2.14	1.89	Acepta $H_0$
2	18.77	19.71	+/-2.14	1.56	Acepta $H_0$
3	21.88	18.71	+/-2.14	-3.78	Acepta $H_1$
4	21.44	19.71	+/-2.14	-2.67	Acepta $H_1$
5	18.55	19.71	+/-2.14	1.51	Acepta $H_0$
6	18.00	19.71	+/-2.14	2.58	Acepta $H_1$

## INTERPRETACION O ANALISIS DE RESULTADOS

En relación a la parte inicial de la presente investigación (resultados anotados en la Tabla No. 1; se encontró lo siguiente:

## VI NIVEL ECONOMICO

El nivel económico (V-1) del grupo 4 (Psicomotricidad) mostró diferencias significativas con los demás grupos aceptándose la  $H_1$  con el grupo 1 (Estimulación Múltiple); éstas se relacionaron con la Asistencia al Servicio (V-3) únicamente.

Se dió el mismo tipo de relación con el grupo 2 (Grupo Interdisciplinario).

Se aceptó la  $H_1$  con relación al grupo 3 (Psicología) en el nivel económico que se relacionó con la Asistencia al Servicio (V-3) y con el Exito del Tratamiento (V-4).

Asimismo el grupo 4 mostró también diferencias significativas, aceptándose  $H_1$  en el Nivel Económico (V-1) del grupo 5 (Lenguaje).

Al comparar el grupo 4 con el grupo 6 (Desertores) se

encontraron diferencias entre el Nivel Económico (V-1), la Asistencia al Servicio (V-3), el Exito de la Atención (V-4), y los Logros Preventivos (V 5-6), aceptándose en estas relaciones las  $H_1$  correspondientes.

Otra diferencia significativa encontrada en relación al Nivel Económico y el Exito del Tratamiento (V-4), fue entre el (Grupo Interdisciplinario) Grupo 2 y Grupo 3 (Psicología).

En ninguna otra situación se dió una relación significativa entre la (V-1) y otra variable, aceptándose en los otros casos las  $H_0$  correspondientes.

## V 2 CARACTERISTICAS FAMILIARES

Respecto a esta Variable, unicamente la relación entre el grupo 2 (Grupo Interdisciplinario) y el grupo 5 (Lenguaje) fué significativa, aceptándose  $H_1$  así como en relación a la (V-3) Asistencia al Servicio.

Es interesante observar que en base al perfil de la Institución, los candidatos a tratamiento con mayor alteración en la dinámica familiar son los sujetos del Grupo 2, (Grupo Interdisciplinario) y del Grupo 3 (Psicología) y no se encontró ninguna relación significativa entre estos grupos, -

ni en relación a ningún otro, aceptándose en consecuencia la  $H_0$ .

### V 3 ASISTENCIA AL SERVICIO

Se establecieron relaciones significativas entre los Grupos Permanentes (Grupo 1 y 2) y en relación a los Grupos - de Terapia Complementaria de Psicomotricidad y Lenguaje Grupo 4 y 5) aceptándose la  $H_1$ , siendo mejores los resultados obtenidos a favor de los Tratamientos Complementarios.

Por las características del Grupo 6 (Desertores) las diferencias fueron significativas en relación a los grupos 1, 3, 4 y 5 y la Asistencia al Servicio, aceptándose las  $H_1$  correspondientes.

El Grupo 3 (Psicología) mostró diferencias significativas con el grupo 4 en la Asistencia al Servicio (V-3) y la (V-1) como ya se había mencionado.

El Grupo 3 con el Grupo 5 (Lenguaje) únicamente en esta variable tuvieron diferencias significativas, aceptándose la  $H_1$ .

#### V 4 EXITO DEL TRATAMIENTO

Todos los grupos tuvieron una relación significativa entre sí respecto al Grupo 6 (Desertores), aceptándose  $H_1$ .

El Grupo 2 y el Grupo 3 mostraron diferencias entre el Exito del Tratamiento (V-4) y el Nivel Económico (V-1) como ya se mencionó.

El Grupo 3 con el Grupo 4 en las (V1), (V2) y (V4), - se aceptaron las  $H_1$  correspondientes.

#### V 5, V 6 LOGROS PREVENTIVOS

Las diferencias fueron significativas entre todos los grupos y el Grupo 6 (Desertores), aceptándose en este caso  $H_1$ .

Si se analiza por cada uno de los tratamientos encontramos:

GRUPO 1.- Estimulación Múltiple: tuvo diferencias -- significativas en la V1 con el grupo de Terapia de Psicometría Grupo 4, y la variable 3 como ya se mencionó.

No reportó diferencias en la V 2 (Características Familiares), aceptándose las  $H_0$ .

Únicamente con el Grupo 6 en las Variables 4, 5 y 6 - se aceptaron las  $H_1$ .

GRUPO 2.- Grupo Interdisciplinario: En relación al Grupo 3 de Psicología y el Grupo de Psicomotricidad, tuvieron diferencias en el Nivel Económico, aceptándose  $H_1$  únicamente en este caso. Siendo interesante observar que en Psicología esta diferencia se reflejó con V 4 de Exitos del Tratamiento, pero no se encontró diferencia con V 2 de Características Familiares, rechazándose la  $H_1$ , las diferencias con el Grupo 6 se dieron en V 4, 5 y 6, aceptándose en estas tres relaciones las  $H_1$  correspondientes.

GRUPO 3.- Psicología: Fué con el grupo que hubo más variabilidad en las diferencias observadas, en V 1 con el Grupo 2 y 4 en V 3 con los Grupos 4, 5 y 6, aceptándose en estos casos las  $H_1$  correspondientes.

No se encontraron diferencias en V 2; en V 4 con los Grupos 2, 4 y 6, aceptándose las  $H_0$ . Con las V 5 y 6, únicamente con el Grupo 6 de Desertores se aceptaron las  $H_1$ .

GRUPO 4.- PSICOMOTRICIDAD: En V1 con todos los grupos se aceptaron las  $H_1$ . En la V 2 no hubo diferencias con ningún grupo, aceptándose las  $H_0$ . En V 3 con todos los Grupos a excepción del Grupo 5 (Lenguaje) siendo en esta última

relación aceptada  $H_0$ . En V 5 y 6 con el Grupo 6 exclusivamente se aceptaron las  $H_0$ .

GRUPO 5.- Lenguaje: Se aceptaron las  $H_1$  en las siguientes relaciones, con el Grupo 4 en V 1, en V 2 con el Grupo 2, en la V 3 con los Grupos 1,2,3 y 6. En V 4, 5 y 6 únicamente con el Grupo 6.

GRUPO 6.- Desertores: Con el Grupo 4 en V 1, pese a la gravedad de los casos no se encontraron diferencias con -- V 2 Características Familiares, aceptándose la  $H_0$ . Y fue altamente significativa la diferencia entre cada uno de los grupos y el Grupo 6 en las V 3, 4 y 5, aceptándose las  $H_1$  correspondientes.

Respecto a los resultados obtenidos en la tabla No. 2:

Al establecer el contraste entre la V-1. Nivel Económico y las demás variables se encontró un valor de 1.89, el cual queda dentro del intervalo  $\pm 2.14$ , la prueba no resultó significativa por lo que se rechazó  $H_1$ .

Cuando se realizó el contraste entre V-2. Características Familiares y las demás variables, se encontró un valor de "T" 1.56, como quedó dentro del intervalo de  $\pm 1.14$ , la prueba no resultó significativa por lo que se acepta  $H_0$ .

Al realizar el contraste entre V-3. Asistencia al -- Servicio y las demás variables se obtuvo un valor para "T" de -3.78, el cual se encuentra fuera del intervalo  $\pm 2.14$  por lo que la prueba resultó significativa y se acepta  $H_1$ .

Al contrastar V-4. Exito del Tratamiento, con las demás variables se obtuvo un valor de "T" de -2.67 que está fuera del intervalo  $\pm 2.14$ ; en consecuencia la prueba resultó significativa y rechazo  $H_0$ .

El valor de "T" del contraste de la V-5. Logros Preventivos-que implicaba el reconocimiento del origen de la Problemática con las demás variables, fué de 1.51; como este valor se encuentra dentro del intervalo  $\pm 2.14$  la prueba no resultó significativa, por lo tanto se rechazó  $H_1$ .

Al realizar el contraste de V-6. Logros Preventivos que se refería al reconocimiento de los padres de un cambio de actitud en relación a la problemática que sus hijos presentaron el valor que se obtuvo de "T" fué de 2.58 como se encuentra fuera del intervalo  $\pm 2.14$  la prueba resultó significativa, y por lo tanto se rechazó  $H_0$ .

## CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Se encontró una relación significativa entre la asistencia al servicio, la posibilidad de éxito en el tratamiento y los logros de tipo preventivo. Ésto es, el servicio resulta eficiente, ya que independientemente de las características de la población se alcanzan logros en la atención.

Respecto a la relación entre las variables preventivas 5-6, fué interesante observar que para los padres fué más fácil reconocer que factores pueden ayudar a que sus hijos -- tengan un mejor aprovechamiento y desarrollo personal V-6, -- que el poder aceptar a que se debió la problemática que sus hijos presentaron V-5. Esto es importante ya que al parecer en estas muestras no se encontró ni en los tratamientos más involucrados en el cambio de actitud que estén logrando ser -- del todo eficientes en poder hacer que los padres reconozcan el origen del problema de sus hijos (Gpo. 3-Psicología y -- Gpo. 2-Gpo. Interdisciplinario).

De lo anterior podemos concluir, que en el presente estudio se encontró que independientemente del Nivel Económico y las Características Familiares, para tener éxito en el tratamiento lo importante es asistir al servicio. Y es independiente que al asistir a este servicio y sea exitoso el tratamiento de tipo correctivo, se logren alcanzar metas en lo --

preventivo, ésto es de promoción para la salud. Siendo mas -  
difícil que los padres acepten el origen del problema que pre-  
senta su hijo que el que logren un cambio de actitud en rela-  
ción al mismo.

En base al trabajo aqui presentado se desprenden las  
siguientes consideraciones finales:

Si bien el modelo de trabajo de la instancia estudia-  
da ha logrado modificar en parte la concepción tradicional de  
que los pacientes deben acudir a las Instituciones, y no a --  
que los profesionales en Salud Mental asistan a la comunidad  
para colaborar con ellos dentro de su medio ambiente a través  
de actividades de educación, prevención y promoción para la -  
salud. Este servicio continúa abarcando a un reducido número  
de integrantes de la población.

Esto se refleja en el hecho de que CAPEP no promueve  
en los usuarios la Participación Comunitaria en actividades -  
de Prevención Primaria que implicarían como se vió en el pre-  
sente trabajo, que la comunidad logre reconocer cuales son --  
los factores que determinan sus padecimientos, y la búsqueda  
en conjunto de alternativas de mejoramiento.

Sin embargo para poder lograr ésto el Servicio estu-  
diado requiere que la participación de Psicólogos y Terapeu--

tas, sea mas que la de un auxiliar técnico, que se avoca a tareas de tipo terapéutico necesita especialistas con una participación mas activa y conciente, interesados en las características de la población que atienden; para que logren hacerlos reflexionar acerca de las causas de los padecimientos de sus hijos, y de la relación que éstos guardan con la mejoría que manifiestan, después de lograr modificar las circunstancias que los determinaron.

Se requiere intensificar la participación de educadores, maestros, padres de familia y alumnos en las actividades de Prevención Primaria en Salud Mental a través de actividades que favorezcan que ellos sean multiplicadores de las acciones que promuevan mejores condiciones de vida en su comunidad.

Así como ejecutar investigaciones en el campo de la Salud Mental que intensifiquen la búsqueda de soluciones a los principales problemas del área en cuestión, para que se promuevan cambios de actitud en todos los ámbitos relacionados con la atención a la misma (jurídicos, laborales, educativos, de comunicación, etc).

Con frecuencia el trabajo del Psicólogo Clínico se limita a una práctica ajena a su entorno social; reduciéndose a un trabajo de gabinete. Esta situación fué la que generó la creación del presente trabajo.

Se buscó incidir en la necesidad de una participación más activa de este profesional en el ámbito social; basándose en una Psicología comunitaria y preventiva, que marque la importancia de una detección oportuna y continua, basada en una realidad que promueva la Salud Mental en la comunidad y que - no se limite al ejercicio de una mera posición rehabilitadora o restituyente de la salud perdida.

Si se considera que el proceso salud-enfermedad está determinado por causas sociales que van cortando la posibilidad de vida de los individuos, tales como la insalubridad, la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, la promiscuidad, - etc. se hace necesario abordar este problema desde sus causas económicas y políticas. Si se toman en cuenta los determinantes sociales en la problemática de salud y como se va generando a través del proceso productivo; ésto va permitiendo conocer y dar una explicación más profunda de las implicaciones - políticas que existen en la organización y atención de las -- instituciones que se avocan a enfrentar estos daños a la salud, y que tienen su origen en las relaciones sociales de producción.

El interesarse por una práctica profesional comunitaria y preventiva surge al considerar que los servicios de salud deben reorientar su concepción respecto al proceso Salud-Enfermedad, tanto en la comunidad que se atiende como en el - personal que lleva a cabo las acciones correspondientes.

Continuar esperando a que el paciente demande el servicio implica ejecutar una labor clínica individualizada que olvida que los factores económicos y sociales son altamente determinantes en la generación de padecimientos. Al limitar la práctica profesional a factores físicos o personales se correr el riesgo de ejercer una acción parcial, ajena a la problemática que vive el individuo y su comunidad.

Solamente con una actitud social y comunitaria el profesional de la Salud Mental podrá comprometer a la población hacia una actitud preventiva y promotora de salud, así como de búsqueda hacia mejores formas de vida.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Si bien el presente estudio no pretendió analizar de una manera amplia los factores que pueden determinar éxito en el Servicio que presta una Institución y su relación con la prevención, se encontró que los rubros manejados en cada variable fueron muy amplios, y que quizá sea necesario posteriormente con más fineza estudiar cada uno de los aspectos.

Sin embargo fué interesante el encontrar que no siempre el resultado obtenido concordó con lo esperado en base al Perfil de cada Tratamiento, como el que las Características Familiares no hubiesen presentado una relación significativa en grupos tales como Psicología, o de Desertores. Y si se hubiera encontrado en el Grupo de Lenguaje, esto probablemente deberá ser evaluado en otra investigación; si los parámetros de aceptación están siendo claramente entendidos por el personal, o si la asignación de los candidatos a cada modalidad terapéutica queda a criterio subjetivo de quien diagnóstica al sujeto.

Sin embargo a pesar de estos resultados se considera importante poder realizar otro tipo de investigaciones que permitan profundizar en los presentes hallazgos, por el momento no se considera conveniente generalizarlos, debido a que se hace necesario ahondar no solamente en cada aspecto, sino

también el poder establecer comparaciones con otras muestras de otros Centros, provenientes de otras zonas geográficas y - que por la variedad de contextos podrían arrojar datos intersantes.

Para finalizar es importante reconsiderar que si bien, el poder asistir a un Servicio de Salud o de tipo Educativo, favorece la corrección del problema, no siempre se logra incidir en los aspectos de Prevención Primaria y pese a que éste es un aspecto fundamental en las Instituciones de tipo Educativo como la presente, los especialistas no han logrado involucrar del todo en los tratamientos, a los padres de familia, como agentes promotores de la salud de sus hijos.

## B I B L I O G R A F I A

- AGUILERA Y MESSICK: "Control de Conflictos Emocionales", Ed. Interamericana, México, 1976, p.p. 37-45, 97.
- AGUIRRE DEL VALLE, Eloisa: "Informe de Labores 1979-1982 que rindió la Dirección General de Educación Preescolar" SEP, México, Nov. de 1982 p.p. 1-70.
- AGUIRRE ZOZAYA, F: "Conceptos, Objetivos y Cambio de Acción de la Medicina Preventiva" en Medicina Preventiva, -- Clinica IMSS, México, 1976, p. 23.
- BASAGLIA, Fetal: "La Institución Psiquiátrica de la Violencia" en Razón, Locura y Sociedad, Ed. S. XXI, México 1984, p.p. 15-56.
- BUSTOS DE RUIZ, Olga L. et. al; "Cursos de Prácticas de Tercer Nivel Social Unidimensional, Cuarto Semestre". -- Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología, UNAM, México, p.p. 149-250.
- CALDERON, N. G: "La Salud Mental Comunitaria, un nuevo enfoque de la psiquiatría", Ed. Trillas, México 1980, -- p.p. 87-135.
- CASTAÑON ROMO, R: "La Investigación de los Servicios de Salud en México", en Salud Pública de México, Volúmen -- XXII, No. 5, Septiembre-Octubre, 1980, p.p. 462-464.

CASTRO, F: "Educación y Revolución", Ed. Nuestro Tiempo, México, 1981, p.p. 79-107.

DE LA FUENTE R: La Prevención Temprana en los Desórdenes Mentales de los niños en los programas de Salud Mental - en Revista Mexicana de Psicología, México, Noviembre 1979, p.p. 2-5.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA: "Programa de -- Atención Preventiva de Educación Preescolar". Dirección General de Educación Preescolar, Subsecretaría - de Educación Elemental, SEP, Septiembre 1984, p.p. -- 1-445.

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL: "Los Grupos Integrados". Departamento de Comunicación y Difusión. Dirección Técnica, SEP, México, Diciembre 1984, p.p. -- 9-41.

DOWNIE, N.M. et. al: "Métodos Estadísticos Aplicados". Editorial Horla, México, 1973. p.p. 213-230.

ELKAIM, M: "Del Enfoque Familiar al Enfoque Sociopolítico" - en Antipsiquiatría y Política, Ed. Extemporáneos, México, 1978, p.p. 88-97.

GOMEZ JARA, F: "Salud Comunitaria", Ed. Nueva Sociología, México 1983, p.p. 87-105; 240-254; 261-270; 305-308.

- GOMEZ JARA, Francisco et. al: "Teoría y Técnicas de Salud Comunitaria". Ediciones Nueva Sociología, México 1981, p.p. 410-480.
- GUINSBERG, E: "Sociedad, Salud y Enfermedad Mental", Ed. Universidad Autónoma de Puebla, México, 1976, p.p. 85-155.
- HOLGUIN Q. Fernando et. al: "Elementos de Muestreo y Correlación". Textos Universitarios, U.N.A.M., México 1977, p.p. 179-189.
- IBINARRIAGA SILLA, Edda Rosa: "La Odisea del Peso" en Comercio Vol. XXVIII, No. 321, México, Agosto 1987, p.p. 9-14.
- LAUREL, C: "Pensamiento Político", en Medicina y Capitalismo en México, Ed. Era, México, 1975, p. 428.
- LEVIN, Jack: "Fundamentos de Estadística en la Investigación Social". Editorial Horla, México 1977, p.p. 181-189.
- LOPEZ ROSADO, Diego G.: "Problemas Económicos de México". - U.N.A.M. México, 1981. p.p. 303-377.
- LOYO BRAMBILA, Aurora: "El Movimiento Magisterial de 1958 en México". Editorial Era, México 1985, p.p. 9-34.
- MARCOS, S, et. al: "Introducción al Dossier México sobre Alternativas a la Psiquiatría", Ed. Nueva Sociología, - México, 1982, p.p. 18, 68-91.

- MARSISKE, Renate: "La Educación Básica y los Gobiernos Post-Revolucionarios en México 1920-1928". U.N.A.M. México 1978, p.p. 5-7, 45-61.
- MORA GARCIA, M.A.: "Metodología de Investigación en Servicios de Salud", compilación CEUTES, UNAM, 1988.
- NAVARRO, Vicente: "Lucha de Clases, Estado y Medicina", Ed. Nueva Imágen, México, 1984, p.p. 9-124.
- NOVOA MONRREAL, E.: "La Universidad Latinoamericana y el Problema Social", UNAM, México, 1978, p.p. 45-49.
- RIVERA RIOS, Miguel Angel: "Crisis y Reorganización del Capitalismo Mexicano". Editorial Era, México 1987. p.p. 83-97.
- RODRIGUEZ, Ajenjo, et. al: "El quehacer psiquiátrico mexicano" en Antipsiquiatría y política, ed. Extemporáneos, México, 1978, p.p. 213-224.
- ROJAS SORIANO, R.: "Sociología Médica". Folios Ediciones, México, 1981, p.p. 216.
- ROJAS SORIANO, R.: "Capitalismo y Enfermedad", Folios Ediciones, México, 1985, p.p. 9-26; 27-32; 33-41; 42-45; 48.
- ROJAS SORIANO, Raúl: "Métodos para la Investigación Social. Una Posición Dialéctica". Folios, Ediciones, México 1983, p.p. 55-69.

RUIZ DE CHAVEZ Manuel: "La Investigación de Servicios de Salud en México Límites y Perspectivas" revisión documental, Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República y la UNAM, México, 1982, p.p. 9-23.

SAN MARTIN, H.: "Salud y Enfermedad", Ed. Prensa Médica, México, 1979, p. 428.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO: "Programa Nacional de Salud" en Antología de la planeación en México - - 1917-1985, tomo 14 Ed. Fondo de Cultura Económica, - México 1985, p.p. 23-90.

SECRETARIA DE SALUD: "Norma Técnica de Organización y Funcionamiento para el sistema de atención Escalonada en Salud Mental", México, 1985.

SIEGEL, Sidney: "Estadística no Paramétrica". C.N.E.I.P. -- Editorial Trillas, México 1979, p.p. 64-69.

SOBERON. G. et. al: "La Investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental", en la Salud en México: Testimonios 1988, desarrollo Institucional y Asistencia Social, tomo III, México, 1988, p.p. 95-112.

SOBERON. G. et. al: "Problemas de la adolescencia" en la Salud en México: Testimonios 1988, Problemas y Programas de Salud, tomo II, México 1988, p.p. 156-160.

TIMIO, Mario: "Clases Sociales y Enfermedad". Ed. Nueva Imagen, México, 1981, p. 128.

TORRES CHAVEZ, Alvaro P.: "Cursos de Práctica de Cuarto Nivel, Social Multidimensional, Quinto Semestre". Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología, - - U.N.A.M. México 1980, p.p. 68-149.

VERNON, E: "PSICOLOGIA SOCIAL E IDEOLOGIA" en Razón Locura y Sociedad", Ed. S. XXI, México, 1985, p.p. 117-142.

WSCHEBOR, M: "Imperialismo y Universidades en América Latina, Ed. Diógenes, México, 1979, p.p. 11-34.

ZAX Y COWEN, E: "PSICOPATOLOGIA", Ed. Interamericana, México, 1979, p.p. 8-11; 15-59.

ZAX. E.G. et. al: "Introducción a la Psicología Comunitaria", Ed. El Manual Moderno México, 1979, p.p. 128-185.