

16
PSI

U N I V E R S I D A D N A C I O N A L A U T O N O M A

D E M E X I C O

F A C U L T A D D E P S I C O L O G I A

L A S A L U D M E N T A L E N E L D I S T R I T O F E D E R A L

A P O R T A C I O N E S A L O S S E R V I C I O S D E
P S I C O L O G I A

T E S I S
Q U E P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A

P R E S E N T A N :

A G U S T I N B U E N D I A E S P I N O S A

A L E J A N D R A C A R O L I N A M O R A L E S N A S S E R

C I U D A D U N I V E R S I T A R I A , M A Y O 1 9 7 9 .



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

N. - 23151

~~Spe.~~ 445

DEDICACIONES Y AGRADECIMIENTOS

UNAM
1979
26
j:2

A mis padres

A mis hermanos

A quien ha sido mi mejor compañero.

ALEJANDRA CAROLINA

A mis padres

A mis hermanos

A quien ha sido mi mejor compañera

AGUSTIN

AGRADECEMOS MUY ESPECIALMENTE AL DR. JORGE
VELASCO ALZAGA. DIRECTOR DEL INSTITUTO NA-
CIONAL DE SALUD MENTAL POR SU INTERES Y --
APOYO DURANTE LA ELABORACION DE ESTE TRABAJ
JO.

AGRADECEMOS EN ESPECIAL A:

- DR. RAYMUNDO MACIAS, DRA. DOLORES MERCADO, MTRO. FLORENTE LOPEZ Y AL MTRO. JAVIER AGUILAR POR SUS COMENTARIOS Y CRITICAS AL PRESENTE TRABAJO.
- MTRA. REBECA ZIMMERMAN POR SU DIRECCION.
- LIC. ELISA SAAD , PSICOLOGAS CLAUDIA VAZQUEZ Y NORMA ESCOTO POR SU COLABORACION EN LA ELABORACION Y APLICACION DE LA ENCUESTA.
- GLORIA CASTILLO POR SU COLABORACION EN LA APLICACION DE LA ENCUESTA.
- EVITA POR LA MECANOGRAFIA.
- TODOS LOS QUE HICIERON POSIBLE LA ELABORACION DE ESTA TESIS.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
I.- CAPITULO PRIMERO. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN MEXICO.	6
II.- CAPITULO SEGUNDO. PANORAMA INTERNACIONAL DE LA ATENCION PRESTA DA A LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL.	22
FRANCIA	23
INGLATERRA	24
DINAMARCA	25
CUBA	26
SUECIA	28
U.R.S.S.	28
E.U.A.	30
III.- CAPITULO TERCERO. REPORTE FORMAL DE LA INVESTIGACION: ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE ALGUNOS CEN TROS DEDICADOS A LA ATENCION DE DESORDENES - CONDUCTUALES EN EL D.F.	33
RESUMEN E INTRODUCCION.	34
METODO	38
PROCEDIMIENTO	40
CONDICIONES BAJO LAS QUE SE REALIZO LA INVESTIGACION	40
RESULTADOS	41
TABLAS DE LOS RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.	42
DISCUSION Y ANALISIS	58
TABLAS DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LAS ENFERMERAS	65
TABLAS DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LOS PSICOLOGOS.	70
TABLAS DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LOS PSIQUIATRAS	82
TABLAS DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LAS TRABAJADORAS SOCIALES.	91
DISCUSION	100
CONCLUSION	104

	Pág.
IV.- CAPITULO CUARTO.	
PROPOSICION DE UN SISTEMA DE TRABAJO PARA EL AREA DE PSICOLOGIA EN EL INSTITUTO NA- CIONAL DE SALUD MENTAL.	105
ORGANIGRAMA DEL AREA DE PSICOLOGIA.	109
LA COORDINACION DE INVESTIGACION.	110
LA COORDINACION DE DOCENCIA.	114
LA COORDINACION DE ASISTENCIA.	120
CONCLUSIONES GENERALES	127
RECOMENDACIONES.	130
APENDICE	131
ANEXO N ^o 1. CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL JEFE DEL SERVICIO.	132
ANEXO N ^o 2. CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR CADA -- PROFESIONISTA.	144
ANEXO N ^o 3. GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE LA ENCUESTA.	149
ANEXO N ^o 4. MANUAL DE CODIFICACION PARA EL CUESTIONARIO_ DEL JEFE DEL SERVICIO.	152
ANEXO N ^o 5. MANUEL DE CODIFICACION PARA EL CUESTIONARIO_ DE CADA PROFESIONISTA.	168
BIBLIOGRAFIA.	173

INTRODUCCION.

Los trastornos de la salud mental han sido abordados desde muchos puntos de vista ya que han sido padecidos por todo tipo de personas. Por lo que se ha visto, este tipo de trastornos no respeta ni posición económica ni geográfica, credo ni raza, causa estragos considerables de manera general en la población mundial.

Son este tipo de problemas padecidos por la sociedad los que hacen tomar conciencia de la gravedad de la situación y por lo tanto de la necesidad de tomar medidas tendentes a encontrar estrategias de solución.

No han sido pocos los intentos que se han llevado a cabo a través de la historia de las sociedades, encaminados hacia la atención del llamado "enfermo mental". Incluso la terminología utilizada para referirse a ellos ha variado un sin número de ocasiones, dependiendo de la actitud y de los valores sociales así como de los criterios de salud mental del núcleo social en donde ellos se desarrollan. A la par con la actitud y la terminología utilizada para referirse a ellos, se ha modificado la clase de atención prestada a este tipo de personas, todo ello debido no sólo a hallazgos dentro del campo médico y psicológico, sino también a importantes cambios económicos y políticos de los diferentes países del mundo.

La Organización Educativa, Científica y Cultural de las Naciones Unidas (U.N.E.S.C.O.), también se ha preocupado por este tipo de problemas, a través de la llamada Educación Especial. Un grupo de especialistas perteneciente a esta organización definió la educación especial de la siguiente manera:

"Forma enriquecida de educación general tendente a mejorar la vida de aquellos que sufren diversas minusvalías; enriquecidas en -

el sentido de recurrir a los métodos pedagógicos modernos y al material técnico para remediar ciertos tipos de deficiencias. A falta de intervenciones de este tipo muchos deficientes corren el riesgo de quedar, en cierta medida, inadaptados y disminuidos -- desde el punto de vista social y de no alcanzar jamás el pleno desarrollo de sus capacidades." (*)

Por la definición mencionada podemos señalar que la educación especial tiene objetivos muy similares a los de la educación general y a los de la preservación de la salud mental, ya que también intenta posibilitar al individuo el desarrollo personal de las aptitudes intelectuales, escolares y sociales.

Por otro lado, lo que se ha observado es que a pesar de los esfuerzos y el incremento en el número de instituciones, no ha sido posible satisfacer la demanda social de solución a estos problemas, existen deficiencias que -- estando tan arraigadas son difíciles de erradicar, como por ejemplo, la falta de coordinación entre instituciones, la organización planeada en base a situaciones no precisamente relacionadas con la realidad social, la burocratización de las personas que trabajan en tales instituciones, etc.

Sin embargo, no existe una solución perfecta para resolver el problema que plantea el proporcionar los servicios especiales adecuados a cada niño, debido a las grandes diferencias en la población mundial, La U.N.E.S.C.O. recomienda que se busque una "estrategia de acercamiento dinámico que logre reconocer las necesidades particulares de cada

* UNESCO. La Educación Especial 1977. p.p. 11.

población y poner en práctica técnicas cada vez más eficaces." (1)

El desarrollo de las investigaciones relacionadas a la salud mental, ha descubierto amplias posibilidades para mejorar el destino de los niños minusválidos; con un mejor futuro para estos niños se podrá reducir los efectos negativos que incapacitan, desde temprana edad a una parte considerable de la raza humana.

Como señala John McKena, Director de Psicología de la Clínica de Conducta Infantil de Dublin, Irlanda, "...Las fórmulas aplicadas a la educación especial de los niños minusválidos varían, no solamente de un país a otro, sino de una zona a otra de un mismo país." (2)

Por lo tanto, en México debemos investigar y resolver nuestros propios problemas elaborando nuestros propios métodos para resolverlos.

El presente trabajo tiene dos objetivos:

- a) Investigar la organización y funciones de los diferentes servicios de salud mental en el Distrito Federal, así como el tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios, las funciones que desempeñan y las técnicas y procedimientos que utilizan; al mismo tiempo conocer el tipo de población atendida y la demanda social de estos servicios.
- b) Presentar el diseño de servicios psicológicos que contengan un sistema autocorrectivo de organización, funciones y actividades, de modo que proporcionando la máxima eficiencia de recursos tanto materiales como humanos, una alta calidad en el trabajo y la capacidad de establecer

1.- Ibid. p.p. 12

2.- Ibid. p.p. 14

normas aplicables en servicios similares, ofrezca solución al mayor número de problemas de salud mental.

PLAN DE TRABAJO.

El trabajo tendrá el siguiente desarrollo:

- 1.- Se realizará una breve revisión histórica acerca de la respuesta que se ha tenido hacia las personas minusválidas, se revisará también las primeras instituciones dedicadas al cuidado de estas personas, se hará referencia específicamente a España que además de ser un país pionero en el tratamiento de personas minusválidas, históricamente podemos observar la influencia que ha tenido sobre nuestro país; de esa manera llegaremos a México, primer país Americano que contó con una institución dedicada a la atención de personas minusválidas, y por último se revisarán las instituciones que de este tipo hayan surgido desde entonces hasta la fecha.
- 2.- Realizaremos una revisión bibliográfica de algunos de los países destacados por la atención que prestan a los trastornos de la salud mental.
- 3.- Presentaremos el reporte de la investigación de campo - cuyo objetivo fué el obtener información acerca del estado actual de las instituciones que prestan atención a los trastornos de la salud mental en el Distrito Federal y sus alrededores.
- 4.- Presentaremos el diseño de servicios psicológicos que contengan un sistema autocorrectivo de organización funciones y actividades, con las características mencionadas en el objetivo.
- 5.- Discutiremos las implicaciones y conveniencias (sociales, clínicas, educativas y económicas) de los 3 modelos contenidos en el diseño de los servicios psicológicos.

6.- Conclusiones.

7.- Recomendaciones.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS
INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
EN MEXICO.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Como ejemplificaremos posteriormente, a través de la historia observamos que han existido cinco etapas durante las cuales se ha tenido diferente respuesta ante el enfermo mental, (Velasco, A.J., Comunicación Personal), las etapas son las siguientes:

Durante la primera etapa se consideraba al enfermo mental como un ser poseído por el demonio o portador de grandes males espirituales; por lo tanto lo que se consideraba más adecuado hacer con él era destruirlo.

Posteriormente empieza a tratársele de una manera más humana, pero todavía se le considera como una persona nociva o peligrosa para su sociedad y entonces, aunque se desiste de matarlo, se le aísla, de modo que la sociedad queda así protegida y el enfermo salva su vida, aunque no se le proporciona ninguna esperanza de posible cura o regreso a su comunidad, condenándosele a quedar recluído de por vida.

Con el avance de la ciencia y una actitud netamente humanitaria, se inicia entonces el estudio sistemático del enfermo, siendo esta etapa una promesa para hallazgos posteriores en favor de la "salud mental".

Durante la siguiente etapa se inicia ya la investigación científica de la enfermedad mental, la cual va a proporcionar gran número de herramientas médicas tendentes a conseguir la cura de las diferentes "enfermedades mentales".

La última etapa se desarrolla en la actualidad, con la evolución de la investigación científica, se intenta que conociendo sus posibles causas además de curar se logre, como una condición óptima, prevenir y evitar las "enfermedades mentales".

Presentaremos a continuación una breve revisión his

tórica de las etapas anteriormente mencionadas, hasta llegar a la época actual en donde encontraremos el contexto de nuestro trabajo.

Iniciaremos entonces dicha revisión partiendo del segundo punto de la anterior secuencia, cuando ya se considera al enfermo mental como un ser humano y empieza a tratarsele como tal, desistiéndose de destruirlo; a pesar de ello aún se le considera como una persona peligrosa para la sociedad, y no contando con alguna herramienta terapéutica, lo que se procede a hacer es no matarlo pero aislarlo. Al parecer, la primera cultura que construyó un recinto para tales fines -- fué la cultura árabe en el siglo XIII.

Probablemente el miedo al enfermo mental no era generalizado, ya que "Desde el siglo VII, existía en Geel, Bélgica, un sistema de asistencia social para enfermos mentales, que persiste hasta la fecha, y que se caracteriza por la colaboración de los habitantes de esa ciudad en la rehabilitación integral del paciente, lo que da una idea de que el miedo al enfermo mental no estaban tan extendido." (Velasco, A.J., -- 1967).

No fué sino hasta el siglo XV que apareció la primera institución dedicada al cuidado de enfermos mentales ya con el propósito de intentar devolverlos a su comunidad. El primer hospital de este tipo se creó en Inglaterra en 1403, y fué el Hospital Bethlehem.

Según lo reporta Chamberlain, A.S. (1966), el segundo hospital europeo se fundó en Valencia, España, en el año de 1409, a instancias de un párroco, el reverendo Juan Gilberto Joffre.

En 1425 se construyó en Zaragoza, bajo los auspicios de Alonso V., el Hospital General de Zaragoza, el cual tenía dos grandes pabellones para pacientes de todas las naciones y todos los credos. En este hospital se aplicó por primera -

vez la terapia ocupacional, además, se caracterizaba por contar con buena comida, celdas limpias para los pacientes violentos y buen cuidado. Tenía también un departamento para el cuidado de niños abandonados y de lactantes, y contaba con un total de 15 pabellones. En 1614 albergó 7,767 pacientes.

En 1436 se fundó un hospital en Sevilla, cuyo fundador y primer administrador fué Marcos Sánchez de Contreras, quien era el responsable de diagnosticar la conveniencia de dar de alta o no al paciente. En este hospital, por primera vez, se clasificó a los enfermos no sólo de acuerdo a sexo sino también según el tipo de enfermedad mental.

Por el mismo año (1436), Sánche Velasque de Cuellar fué el fundador del Hospital de Valladolid, en el que se recetaban baños terapéuticos en el río y chorros de agua directos a la cabeza; también se prescribían algunas drogas tales como la valeriana, matricaria y jarabe de escila.

El Hospital General de Palma de Mallorca se construyó en 1456, era un edificio con varias construcciones exteriores que contenía una amplia sección dedicada a enfermos mentales.

El Hospital de Toledo fue fundado en 1480 por el Reverendo Francisco Ortiz, posteriormente el hospital fue reconstruído en otra sección de la ciudad, esta última construcción era bella exteriormente, pero con el gran inconveniente de que la construcción interna no fue adecuadamente diseñada: las habitaciones eran angostas, oscuras y sin ventanas.

El Hospital General de Santa Cruz en Barcelona data de 1229. Se cree que los pacientes mentales se admitieron en 1401, pero su historia como institución con programas establecidos para el cuidado de estos pacientes surge en 1481.

También en esta ciudad existió el Hospital de San Severo, que fue construído en 1412 y que admitía enfermos men-

tales que pertenecían al clero.

A través de los datos anteriores, y considerando -- tanto la extensión geográfica de España como el número de -- habitantes, este último menor que el existente en la actua-- lidad, podemos inferir que los intentos por brindar una --- atención humana y cualitativamente buena a los enfermos men-- tales, eran al menos numerosos y constantes. Podemos, enton-- ces, comprender porqué fué precisamente un español quien -- inició la atención y el cuidado de los enfermos mentales en México.

Casi un siglo después de la ya citada construcción_ del Hospital de San Severo en Barcelona (Calderon, N.G., -- 1966), cuando recién se había consumado la independencia de México, Bernardino Alvarez, originario de Utrera, Andalucía, funda en 1566, el Hospital de San Hipólito, primer hospital de América dedicado a la atención de enfermos mentales.

Este fué el único hospital existente por más de un_ siglo, hasta que a iniciativa de un carpintero, José Sáyago y su esposa, se fundó el "Real Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes", el cual albergó enfermas abandona-- das por sus familiares y por la sociedad. El hospital fué - instituído en el año de 1700 en la calle de La Canoa, por - lo que popularmente era conocido con este nombre.

Con el transcurso del tiempo, la existencia de es-- tos dos hospitales resultaba insuficiente para cumplir con_ la demanda cada vez mayor de este tipo de servicio, fue así que a principios de siglo y bajo el gobierno del General -- Porfirio Díaz, se construyó el Manicomio General, que por - haberse construído en la Hacienda de "La Castañeda" munici-- pio de Mixcoac, se le conocía popularmente con esos nombres: "Manicomio de la Castañeda" o "Manicomio de Mixcoac". El -- hospital contaba con un pabellón para servicios generales y veinte edificios más, dentro de los cuales se contaba con -

talleres, baños, anfiteatro, cocinas y habitaciones para los enfermos.

En el aspecto material las condiciones se ajustaban a las necesidades de su tiempo pero lamentablemente no ocurrió lo mismo con el aspecto técnico, según relata el Dr. Samuel Ramírez Moreno (1950), la atención médica, dejó mucho que desear, ya que no se adoptaron los hallazgos psiquiátricos que ya se aplicaban en otros países sino que se continuó tratando a los enfermos con las mismas técnicas inadecuadas y prejuiciosas con las que eran tratados en los Hospitales de San Hipólito y La Canoa. Al aumentar la población, aumentó también el número de enfermos, empeorando con esto el tipo de atención recibida, ya que no se contaba con el número suficiente de enfermos y doctores; además, el hospital que fué planeado para albergar a un máximo de 800 pacientes, tuvo la necesidad de dar albergue a 3,500 enfermos.

Hasta este entonces, los trabajos realizados dentro del campo de la Salud Mental y los pocos hospitales fundados para tal propósito eran escasos y carentes de un esfuerzo sistemático, ninguna legislación existía al respecto y los elementos humanos y materiales existentes parecían carentes de una fuerza directriz que los guiara hacia un objetivo u objetivos determinados. Afortunadamente el esfuerzo continuó y cada vez, el surgimiento de diferentes situaciones relacionadas con la Salud Mental que abogaban por ella, parecían indicar que el tan esperado salto hacia una organización que procurara las condiciones favorables, estaba próximo a efectuarse.

Por ejemplo, en el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, el Dr. Antonio López Picazos (1946), presentó una ponencia en la que propone "... 1ª La creación de un servicio de higiene mental dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; 2ª Tal Servicio abarcaría, de momento, a preescolares, escolares y jóvenes menores de edad;

y 3^a Confeccionar una ficha de higiene mental, de ser posible internacional..." (*)

Lo anterior nos da idea de la ya entonces sentida - necesidad de crear organismos dedicados a la atención y pre ven ción de enfermedades mentales.

Durante este mismo año (1946), se crea el primer De parta mento de Higiene Mental en el Centro Maximino Avila Ca macho, el cual estuvo a cargo del Profesor Peinado y la Pro fesora Rotter.

En 1947, el Dr. Samuel Ramírez Moreno consiguió que el entonces Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Rafa el P. Gamboa, aprobara la creación del Departamento de Asis tencia Neuropsiquiátrica e Higiene Mental. Por este mismo - tiempo se establecieron consultas externas neuropsiquiátri- cas como la del Hospital Juárez y se trabajó en un proyecto de ley para la legislación de enfermos mentales.

A principios de la década de los 50'^s se inicia la fundación en el interior de la República, de diversas insti tuciones dedicadas a la atención de enfermos mentales, por ejemplo: granjas de recuperación, casas de salud mental, ins titutos neuropsiquiátricos, manicomios, etc. Todo esto sir- vió como antecedente para la integración del Departamento - de Psicometría y Psicodiagnóstico que desarrolló labores en el Centro de Observación para varones y después fué transla do al de niñas, en donde se le cambió el nombre por el de "Clínica de la Conducta."

En 1951, el Dr. Manuel Velasco Suárez estuvo a car- go del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica de Hi- giene Mental, transformándolo en Dirección de Neurología, - Psiquiatría e Higiene Mental cuyas funciones fueron más - -

* E.J. Alvarez, A.J. y comp. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México, S.S.A., Méx.D.F., 1960. p.p.688.

bien técnicas que aplicativas; estas últimas se controlaron en el Manicomio General que entonces fué llamado Hospital - Psiquiátrico Nacional en el que se promovió la elaboración de reglamentos internos, la coordinación entre los diferentes servicios, y se exigió la mejor atención posible para los enfermos.

En 1953, desaparece la Dirección y aparece en su lugar una Oficina Asesora de Neurología y Psiquiatría para la ciudad de México en la Dirección de Asistencia Médica del Distrito Federal, la cual se hizo cargo de todas las actividades relacionadas con asesoría especializada además de que dotó al Centro Neurológico y Dispensario Antiepiléptico del Hospital Juárez de todo lo necesario para el archivo electroencefalográfico y la coorrelación clínico-radiológica.

A finales de 1953 y principios de 1954, considerando que la atención oportuna de los problemas en los niños - constituye una prevención de trastornos mentales más graves en el futuro, se establece en la Dirección de Salubridad -- una jefatura que quedó a cargo del Dr. Jorge M. Velasco Alzaga, la cual se encargaba de coordinar las actividades de higiene mental del Centro Maximino Avila Camacho y de servicios similares que fueron creados en los Centros de Salud - México-España, Beatriz Velasco de Alemán, Dr. Juan Brioso - Vasconcelos y Dr. José Ma. Rodríguez. Estos servicios trabajaron fundamentalmente como Clínicas de Conducta.

En 1958, el Dr. Alfonso Millán en su ponencia presentada en el Congreso Nacional de Seguridad Social, trata acerca de la importancia de la salud mental desde el punto de vista de la familia como parte de la sociedad, en dicha ponencia menciona varios aspectos importantes que él considera necesarios para la salud mental, en ellos se hace patente el estado prevalescente de servicios dedicados a ella en esa época. Entre algunos de los aspectos mencionados a dicha ponencia se encuentran: "Legislación sobre el -

particular. Creación de centros de estudio e investigación. Creación de centros de asistencia que puedan combinarse con los anteriores y reforma de los escasos existentes. Creación de centros nuevos; escuelas para jóvenes aún no delinquentes. Campañas educativas utilizando todos los medios modernos y modificando los servicios existentes. Preparación adecuada de los maestros de escuela, quienes deben ser los mejores agentes de profilaxis, etc..." (*)

El 1^a de julio de 1959, siendo Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Dr. Miguel E. Bustamante, se creó la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental; entre sus labores importantes se cuentan: la transformación en 1960 de una pequeña escuela granja, situada en Tlalpan, D.F., en una granja apropiada para la recuperación de enfermos mentales, que inició sus actividades con un cupo de 80 camas pero que fué proyectada para asistir -- hasta 200 enfermos. Se elaboró un proyecto para fundar el Instituto Nacional de Neuropsiquiatría. Se hicieron varias reformas al Manicomio General, entre ellas: se instaló un pabellón para niños, se instalaron pabellones para medicina general que cubrían las necesidades de los propios enfermos aislados, se intensificaron los trabajos de terapia ocupacional, se seleccionaron enfermos para enviarlos a una granja de recuperación situada en León, Gto., esto último con el objeto de desalojar el manicomio; además se instaló la consulta externa. Se dió gran importancia al hecho de obtener la colaboración por parte de los familiares, tanto en el aspecto moral como económico.

Con el fin de propiciar la colaboración entre médicos se establecieron reuniones periódicas (cada 15 días) para intercambio de información. Se mantuvo en funcionamiento el laboratorio en el que se realizaron diversas investigaciones.

* Op.Cit. p. 688.

A partir de la aparición del primer hospital granja en León, Gto., en 1944 (Calderon, N. G., 1966), y en vista de los resultados satisfactorios que éste arrojó, la Secretaría de Salubridad y Asistencia consideró conveniente promover la construcción de instituciones de este tipo; aparecen entonces, en orden cronológico los siguientes establecimientos:

En 1960: Hospital Granja "Bernardino Alvarez" en Tlalpan, D.F.

En 1961: Hospital Granja "La Salud" en Zoquiapan, Edo. de México.

En 1962: Hospital Granja para enfermos mentales de Villahermosa en Tabasco.

En 1963: Hospital Granja "Cruz del Sur" en Oaxaca, Oax.

En 1964: Hospital Granja "Cruz del Norte" en Hermosillo, Son.

También durante 1964 se inauguró el Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral, el cual atendería enfermedades neurológicas, neuroquirúrgicas y psiquiátricas, además de que en él se le concede una gran importancia a la investigación destinada a localizar los correlatos orgánicos de la conducta humana.

No obstante, el problema de alojamiento para los enfermos mentales seguía latente, ya que "La Castañeda" alojaba a la gran mayoría de solicitantes a pesar de que le resultaba imposible brindar una atención efectiva a tan elevado número de pacientes, lo cual redundaba en perjuicio de los mismos enfermos quienes no se curaban, ocupaban un lugar dentro del hospital casi siempre de manera permanente, y al llegar más enfermos se repetía la secuencia. El número de pacientes aumentaba a una tasa mayor de la que éstos podían ser atendidos.

En vista de lo anterior, durante el período presidencial del Sr. Lic. Gustavo Díaz Ordaz (1965), se consideró -

que era urgente sustituir el Manicomio General por instalaciones modernas que fuesen adecuadas para la práctica de la psiquiatría y en consecuencia, que ofrecieran una mayor esperanza de cura. Lo primero que se procedió a hacer fué clasificar a los enfermos que en ese entonces estaban siendo alojados en el Manicomio General, de modo que se pudiera determinar qué tipo de instituciones era necesario crear para la referencia de estos pacientes. Después de un análisis -- cuidadoso se determinó como la más conveniente la construcción de: un hospital para enfermos mentales agudos de 600 camas; un hospital pediátrico para rehabilitación psiconeurológica de 200 camas; 3 hospitales campestres de 500 camas cada uno; 2 hospitales hogar para enfermos de difícil recuperación de 250 camas cada uno.

Se calculó un promedio de estancia de dos meses para el hospital de agudos y de ocho meses para los hospitales campestres.

Se procedió pues a la construcción y organización de las instituciones necesarias para la que fué llamada --- "Operación La Castañeda", ya que considerando obsoleta esa institución para las demandas de la época en materia de salud mental, lo que la Operación La Castañeda tenía como objetivo era sustituir al Manicomio General por varias instituciones que ofrecieran cada una un mejor servicio.

Revisaremos ahora algunas de las instituciones creadas con ese fin por la Secretaría de Salubridad y Asistencia: el hospital para enfermos mentales agudos fue llamado Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", y según reporte del Dr. Garciadiego (1967), quien fungió como director del mencionado hospital, en el año de 1967 se encontraba organizado de la siguiente manera: la Dirección Médica del Hospital era asesorada por el llamado Consejo Consultivo, el cual estaba formado por los jefes de servicio, el -- jefe de Enseñanza y el de Investigación; así mismo podía ha

cerse asesorar por diferentes comisiones que se nombraran para tal propósito. Existía una Subdirección Médica de la cual dependían directamente los Servicios Médicos; se consideraban como tales a: Consulta externa, Hospitalización, Ginecoobstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Odontología.

También dependían de esta Subdirección los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, contándose dentro de estos servicios: Laboratorio y Banco de Sangre, Quirófano, Rayos X, Electroencefalografía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psicología y Ergoterapia.

Así mismo, contaban con "hospital de día", cuya función consistía en atender pacientes que por ser capaces de convivir parcialmente con su medio social y familiar, no ameritaban internamiento "cerrado".

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para el año de 1967, tenía como director al Dr. Jorge M. Velasco A. quien en un artículo publicado en la segunda mitad de ese año, reporta que dicho hospital fué planeado para realizar funciones de prevención, asistencia, rehabilitación, enseñanza, investigación, administración, educación del público y cooperación con otras instituciones. Para su cumplimiento el hospital contaba con los servicios de consulta externa y hospitalización.

Existían, para esa fecha, diferentes tipos de hospitalización dependiendo del padecimiento; así se contaba con un hospital de día para aquellos enfermos que sostenían una relación directa con su familia y durante el día recibían el tratamiento hospitalario.

Otro tipo de hospitalización era la que se proporcionaba por corto tiempo durante el cual se daba un tratamiento intensivo, y que recibía el nombre de hospitalización breve de casos agudos.

Existía además la hospitalización prolongada para enfermos crónicos susceptibles de rehabilitación.

Dentro de sus dos entidades, la técnica y la administrativa, se agrupaban los diferentes servicios. Dentro de la entidad técnica se agrupaban tres tipos de servicios: a) los servicios médicos, los cuales estaban constituidos por: Psiquiatría, Neurología, Pediatría, Nutrición y Endocrinología, Epidemiología, Medicina Física y Rehabilitación y Odontología.

b) Servicios de Ayuda Media (paramédicos): Psicología Clínica, Trabajo Social Psiquiátrico, Psicopedagogía, Enfermería, Bioestadística y Archivo Clínico y Farmacia.

c) Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, constituidos por: Electroencefalografía, Radiología, Laboratorio Clínico y Fotografía, y Cinematografía Clínica.

Dentro de la entidad Administrativa se encontraban los servicios administrativos y los servicios generales.

Veamos ahora un reporte del Dr. Carlos Tejeda Ruiz (1967), acerca del funcionamiento de los Hospitales Granjas, los cuales son instituciones creadas para asistir y rehabilitar enfermos mentales recuperables, con el objetivo de simplificar el problema de la atención a pacientes de larga estancia, de modo que ésta resulte menos costosa y ofrezca el máximo de beneficios en cuanto a terapia integral.

Lo que se intenta por medio de este tipo de hospitales es crear un ambiente que se asemeje lo más posible a las situaciones de la vida real, de modo que el paciente desarrolle una vida de comunidad sin tensiones graves y en contacto estrecho de trabajo y colaboración con otras personas.

Los procedimientos terapéuticos utilizados eran diversos, prescribían psicofármacos, terapia ocupacional, terapia recreativa y psicoterapia.

El papel del psicólogo en este tipo de instituciones consistía, hasta esa época, en auxiliar al psiquiatra cuando éste necesitara evaluaciones de aptitudes, habilidades e intereses de una paciente que le permitieran integrar un diagnóstico.

Por lo que respecto al ya mencionado Instituto Nacional de Neurología (Velasco, S.M., y Col., 1967), estaba integrado por cuatro unidades: Unidad Hospitalaria; de Investigaciones Cerebrales; Granja-Hospital intermedio; y Unidad de Psicotecnia, la cual incluía talleres, granja y escuela.

Ofrecía servicios de prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación en todo lo referente al campo de la Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría y Pediatría psiconeurológica; asimismo contaba con consulta externa, policlínica y con servicios de Neuro-oftalmología, Neuro-otología y Medicina Física. El laboratorio de análisis clínicos desempeñaba funciones de investigación en padecimientos neurológicos y psicopatogénicos.

Dentro de esta estructura, los servicios del psicólogo estaban considerados como un Servicio incluido dentro de la Unidad Hospitalaria, en la sección de Servicios Auxiliares de Tratamiento; por lo tanto no tenía participación en rehabilitación, en investigación, en docencia ni en prevención, de una manera directa.

Casi tres años después, el 7 de octubre de 1970, bajo el gobierno del Sr. Lic. Gustavo Díaz Ordaz, fué inaugurada la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, organismo descentralizado que estaría dedicado integralmente a la atención de niños y adolescentes, tanto por medio de la consulta externa como de la hospitalización. Esta institución ha contado con un Servicio de Higiene Mental el cual ha venido trabajando en coordinación con el resto de los servicios en la institución.

El 13 de enero de 1977, por Decreto Presidencial, se estableció que la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, - dada su afinidad en cuanto a objetivos, se fusionaran en un sólo organismo público descentralizado que fué llamado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y de este Sistema se ha desprendido y depende el Instituto Nacional de Salud Mental (aún no abierto al público), el cual estará dedicado integralmente a la atención de casos clínicos - de niños y adolescentes, únicamente en consulta externa.

"Sus objetivos principales, en orden de importancia son: la investigación científica de las causas, distribución, tratamiento y prevención de las alteraciones de la salud mental en niños y jóvenes; la capacitación y adiestramiento de personal técnico especializado en las diversas áreas y disciplinas de la salud mental y la difusión de los conocimientos obtenidos a través de la investigación, por medio de programas de educación popular." (*)

En 1978, cuando la organización y funciones del Instituto se encontraban en vías de preparación, se consideró - que éste, dentro de su programa debería contar, entre otros con los siguientes aspectos: "...3.- Definición e inventario de los recursos disponibles para las posibles acciones a seguir.

Para efectuar el inventario se necesita diseñar una encuesta a nivel nacional y preparar personal adecuado y contar con los elementos tecnológicos suficientes para el análisis e integración de los resultados.

Esto se aplica igualmente a las instituciones, establecimientos y servicios, recursos humanos, entidades de capacitación y adiestramiento, de investigación y rehabilitación.

* Velasco, A.J. Organización y Funciones de una Nueva Institución de Salud. Documento en preparación para publicación. pag. 1.

4.- Determinación de la proporción de los recursos -
generales y de los especiales en salud mental." (*)

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos que la -
organización del Area de Psicología del Instituto debería es
tar encaminada a conseguir las condiciones para coadyuvar al
cumplimiento de los objetivos del propio Instituto, para ello
se hizo necesario el conocimiento de las condiciones existentes
en cuanto a recursos materiales y humanos, así como deltip
o de organización, sistema o modelo de trabajo con el - -
cual laboran los organismos dedicados a la atención de pro--
blemas en salud mental. En base a ésto se procedió a diseñar
una encuesta que nos proporcionara la información necesariacon
respecto al panorama nacional actual.

Antes de reportar los datos obtenidos por medio de -
la aplicación de la encuesta presentaremos una revisión documen
tal con la cual obtendremos una visión del panorama interna
cional actual en relación a instituciones trabajadoras enpro
de la salud mental.

* Velasco, A.J. Op. Cit. pag. 4.

C A P I T U L O I I

PANORAMA INTERNACIONAL DE LA ATENCION PRESTADA
A LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL.

PANCRAMA INTERNACIONAL DE LA ATENCION PRESTADA A LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL.

Iniciaremos nuestra revisión reportando el sistema de organización y administración de los Servicios Integrados de Salud Mental para Niños y Jóvenes del Municipio N° 17 de París.

En este municipio (Haim, A., 1972), los servicios de salud mental están divididos por sectores, cada sector atiende a la comunidad de una zona geográfica determinada y es responsable de todos los aspectos de salud mental dentro de ella. Para cumplir su objetivo se han establecido centros familiares en pequeña escala, abiertos a la comunidad entera, situados dentro o muy cerca de la zona geográfica prescrita, se da gran importancia al establecimiento de relaciones amistosas con personas de la comunidad y con organizaciones sociales y educativas situadas en el sector. De esta manera se intenta conseguir la confianza de la gente.

Los equipos de trabajo están constituidos por: Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapistas del Lenguaje, Terapistas Físicos, Especialistas en Relajamiento, Profesores de Educación Especial, y Secretarias Médicas.

Los pacientes son vistos, preferentemente, por medio de la consulta externa, dejando la hospitalización para casos extremos en los que no existe otra alternativa, cuando esto sucede, se trata de reducir la hospitalización a un mínimo de tiempo. Cuando las características psicosociales de la familia son inadecuadas, se considera preferible un hogar adoptivo a una hospitalización prolongada. Por otro lado, con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento, se asigna al paciente a un mismo equipo de trabajo hasta concluir el tratamiento.

En cada sector se aceptan niños y adolescentes de 0 a 20 años de edad. El programa general es organizado por el

Director Médico, y debe ser aprobado por el Departamento de Higiene Social del Distrito de París, el cual provee todas las facilidades necesarias para la ejecución efectiva de acciones tendentes a obtener el diagnóstico y realizar el tratamiento de desórdenes mentales de niños y adolescentes, así como para prestar servicios preventivos y educacionales de salud mental.

Cada sector mantiene su autonomía administrativa y financiera. Si no posee fondos suficientes, obtiene préstamo de alguna institución de crédito, pública o privada; el préstamo es a largo plazo y se abala por medio de las instalaciones, las cuales son parte del presupuesto operante - anual del sector.

Cada organización o sector establece su propio presupuesto anual el cual está sujeto a la aprobación de los controladores de servicios públicos; este presupuesto se establece basándose en el ingreso diario por admisión, es decir, se calcula en base al número de pacientes diarios que se admiten.

Veamos ahora como trabajan los Servicios Comunitarios de Salud Mental del Municipio Inglés de Newham. Según reporte de Kahn (1972), los servicios comunitarios de salud mental en el Reino Unido con responsabilidad de los Departamentos de Salud de las autoridades locales y a la vez encaban dentro de un contexto más amplio de servicios de salud mental.

Los responsables del tratamiento clínico del enfermo mental son, en primer lugar, el médico familiar, y después, el sistema hospitalario, ya sea como paciente interno o externo. Los servicios psiquiátricos para niños se encuentran incluidos dentro de los Servicios de Salud Escolar, y la atención infantil se hace por medio de un sistema multidisciplinario basado en un principio de investigación simultánea por un equipo de al menos tres diferentes profesional

tas altamente capacitados. Se considera que el paciente que requiere tratamiento es un niño que está viviendo y creciendo dentro de un contexto familiar y un contexto educativo, por lo que hay varias instancias en las que la estructura familiar puede ser vista como la unidad patógena; en estos casos, el tratamiento es dirigido a la interacción familiar más bien que a los individuos aislados. El autor sostiene que este tipo de concepto permite la intervención en una etapa más temprana que cuando el individuo ya ha sido señalado como padecedor de la enfermedad, y podría también proveer una base para servicios preventivos.

La Oficina Médica de Salud, además de haber diseñado el esquema, ha continuado participando activamente en la formulación de métodos de trabajo profesional, y además provee las condiciones administrativas para hacer posible el trabajo. Se encuentra disponible para todos los miembros del personal profesional y administrativo, realiza sesiones semanales con cada uno de los jefes separadamente, además de que las diferentes secciones del departamento tienen sus propios comités consultivos los cuales se reúnen regularmente, y cuando se hace necesario, se realizan las llamadas "reuniones para todos".

En lo que respecta a programas preventivos en salud mental, Mulock (1964), informa que en Dinamarca se han tomado dos medidas preventivas de la delincuencia juvenil. Por un lado, se han creado 450 de los llamados "Clubs para la Juventud", 140 de los cuales están bajo el control del Ministerio de Asuntos Sociales, y el resto es manejado por el Consejo Juvenil del Ministerio de Educación, por otro lado, se crearon hogares para niños desamparados. Al parecer, los resultados han sido positivos ya que la delincuencia juvenil ha decremado notablemente. El autor no afirma que la menor incidencia de delincuencia juvenil se deba a una o a otra medida aisladamente, sino que considera adecuado asu-

mir que la combinación de ambas es la que ha conseguido ese magnífico efecto.

Mulock (1974) también informa que en Polonia, existe una "Sociedad Amiga de los Niños" la cual presta ayuda - tanto a los niños como a sus padres; a los primeros por medio de tratamiento, y a los segundos por medio de lo que -- llaman "pedagogización" y "orientación posterior". Al principio la atención principal fué enfocada hacia problemas escolares, pero después el objetivo se extendió a detectar toda clase de desajustes sociales. Posteriormente, fueron - - creados los "Clubs Observacionales Terapéuticos" en los que se tratan los casos más difíciles de niños entre 12 y 17 años, estos niños son tratados por medio de terapia ocupacional, terapia de juego, asesoría en actividades escolares y estimulación para el aprendizaje. Pero, debido a que estos centros sólo funcionan durante el año escolar, se formaron campamentos que funcionan durante el verano y en los que la -- atención es prestada por personal especializado incluyendo un médico y un psicólogo para grupos de niños entre 12 y 15 años. Se da especial atención a la nutrición y a los hábitos y formas de recreación creativa. -

La "Sociedad Amiga de los Niños" concentra su atención principalmente en niños de escuela primaria, y en un grado menor en niños de edad preescolar y de 15 a 18 años.

En cuba (UNESCO, 1974), la educación especial al -- igual que la educación en general, tiene como objetivo lo-- grar una formación integral en los educandos, orienta la integración del individuo a la vida social con un caracter -- formativo, instrumental y práctico. Existen 68 escuelas de educación especial, 32 de las cuales funcionan como internado y 36 como semiinternados. En las primeras los alumnos -- permanecen durante la semana y regresan a su hogar los viernes. En las segundas los niños permanecen de las 8:00 a las 16:00 hrs.; ellos consideran este tipo de permanencia como permanencia.

la más recomendable ya que el alumno tiene dos ventajas valiosas, recibe atención pedagógica y médica, además de una alimentación adecuada, y no pierde el contacto diario con su familia.

A las escuelas de educación especial asisten los niños que son educables, los niños con daño profundo son atendidos por el Ministerio de Salud Pública.

Hay, a la vez, dos tipos de escuelas, las de niños y las de adolescentes.

Se considera que para el tratamiento de buen resultado se hace necesaria la cooperación del hogar del niño, que en algunos casos es un obstáculo para su desarrollo. Para obtener la cooperación de los padres, el profesor visita cada uno de los hogares con el propósito de conocer el medio socio-económico y propiciar el acercamiento con la familia. También existe la escuela de padres, quienes se reúnen regularmente para oír charlas y recomendaciones de asuntos relacionados con la educación de sus hijos, aquí los padres tienen oportunidad de plantear sus problemas y en forma colectiva se les busca solución de acuerdo a las características de cada caso.

Existen escuelas para alumnos con trastornos de la conducta, en las que las actividades de los alumnos se dividen en pedagógicas y terapéuticas; las primeras desarrollan los planes y programas de estudio que rigen a las escuelas primarias de toda la nación, esto con el objeto de que una vez que el alumno haya superado sus déficits pueda incorporarse a las escuelas regulares; las actividades terapéuticas se basan principalmente en la terapia ocupacional por medio de diversos talleres tales como dibujo, modelo, carpintería, tejido, etc. También se le da importancia al deporte, a las labores agrícolas, terapia musical, títeres, etc.

Otros tipos de escuelas son las dedicadas a la atención de niños sordos e hipoacústicos, para niños ciegos y es-

cuelas de capacitación laboral.

Para la detección de niños que necesitan educación especial o algún tipo de atención en el campo de la salud mental, existen en Cuba 6 centros de diagnóstico, los cuales se encuentran en coordinación con las escuelas, realizan chequeos periódicos a los alumnos, participan en las reuniones técnico-docentes, en las "Escuelas de Padres" y cooperan ampliamente en las actividades docentes y en la preparación y superación del personal que trabaja en escuelas especiales.

En Suecia (Stukát, K.G., 1977) la educación especial se rige por la idea de que el niño minusválido debe mantenerse en constante interacción con los niños normales, de modo que pueda participar activamente en la vida social escolar, debido a ello sus acciones se dirigen hacia el cumplimiento de esta idea, por ejemplo, se ha reducido el número de clases especiales; ha aumentado el número de niños deficientes que siguen una enseñanza ordinaria pero además reciben el beneficio de una enseñanza complementaria; y existe la tendencia a reemplazar las escuelas especiales por clases especiales dentro de las escuelas normales. Su objetivo final consiste en conseguir que la escuela responda a las necesidades de cada alumno y no obligar a los alumnos a que cumplan todos las mismas normas; para ésto se han tenido que reemplazar los tests por otro tipo de pruebas con las que se pueda tener conocimiento específico de los déficits de cada alumno, de modo que las estrategias pedagógicas se inclinen a subsanar dichos déficits. Según el autor, es probable que la línea de investigación para el futuro se centre en la creación de nuevos instrumentos de diagnóstico que proporcionen información que sirva de base a la actuación de los educadores.

En la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (Vlassova, T.A. y Lubovski, V.I., 1967), la educación especial está a cargo de 3 ministerios: Educación, Salud Pública y Seguridad Social.

El Ministerio de Educación dirige los centros preescolares para disminuidos físicos y todas las escuelas especiales tanto para deficientes físicos como mentales; es responsable de la formación general y profesional de los alumnos y se encarga también de la formación de maestros y educadores.

El Ministerio de Salud Pública se encarga de los niños disminuidos entre 6 y 13 años de edad, de los jardines de infantes para retrasados mentales y de los centros sanitarios a la disposición de toda clase de deficientes. Es su misión organizar los servicios médicos en escuelas de todas las categorías, y formar profesional o laboralmente a los jóvenes deficientes para colocarlos en talleres especiales.

El Ministerio de Seguridad Social tiene a su cargo la formación profesional de sordos y ciegos y los coloca en talleres escolares especiales. Asegura que los jóvenes minusválidos reciban la pensión correspondiente.

Han creado un Instituto de Defectología cuyo objetivo consiste en investigar las deficiencias mentales y físicas, planificar los sistemas de educación conforme a las necesidades de los diferentes tipos de minusválidos y formular proposiciones para mejorar la estructura de las escuelas especiales.

El autor indica que debido al control que ejerce el Estado sobre la educación, se facilita la uniformidad de las estructuras y su organización para cada categoría de minusválidos y para los programas de las diferentes escuelas especiales.

Los fenómenos característicos de la evolución en la educación especial son: "...1.- ... a) creación de escuelas especiales para los niños cuya deficiencia es de gravedad limitada... b) creación en el interior de las escuelas especiales, de unas secciones organizadas en función de las defi---

ciencias específicas de los alumnos. ...c) individualización creciente del proceso de instrucción en el interior de cada clase, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo mental de cada alumno, así como el grado de gravedad de su deficiencia; d) la creación de centros especiales para los niños - - afectados de minusvalías asociadas. 2.- Realización de investigaciones sobre la educación en disminuidos de poca edad y creación de centros preescolares para los retrasados mentales. 3.- Elevación del nivel de enseñanza general en todas las escuelas especiales. 4.- Perfeccionamiento de los programas de formación profesional. 5.- Recurso a las actividades prácticas para desarrollar las facultades cognitivas. 6.- Puesta a punto de las técnicas de evaluación que deben utilizarse para orientar a los niños deficientes a los diversos tipos de centros. 7.- Perfeccionamiento de los métodos pedagógicos gracias a: a) investigaciones sobre los procesos cognitivos, b) empleo de un equipo técnico más perfeccionado, - c) enseñanza programada." *

En los Estados Unidos de Norteamérica (Hurder, .P., 1977) debido a la política de su gobierno, la educación está descentralizada y por lo tanto, de las disposiciones relacionadas con la educación especial algunas han sido adoptadas a nivel de los Estados y otras a nivel federal. En cada estado la estructura del sistema de educación está determinada por las leyes específicas de cada uno de ellos.

La legislación federal se encarga de permitir la distribución de subvenciones que son parte del presupuesto federal y la conclusión de acuerdos con las diferentes organizaciones, públicas o privadas, que trabajan en el campo de la educación especial. También a nivel federal el Ministerio de la Salud, de la Educación y de las cuestiones Sociales, posee yb Servicio de Educación el cual tiene una oficina para la -

* UNESCO. La Educación Especial.

educación de minusválidos, la cual tiene como objetivo promover la educación especial y dirigir todas las actividades que la incrementen, ya que una de sus preocupaciones se debe a su necesidad de ofrecer una enseñanza gratuita en el ámbito de la educación especial a todos los niños que lo necesiten.

Sus actividades principales se centran a nivel de investigación, la cual se jerarquiza por importancia de la misma según tres criterios, en primer lugar se da preferencia a aquel tipo de investigaciones que, por así decirlo, responden a una demanda social inmediata y que por lo tanto se puede determinar a priori su importancia; el segundo lugar es ocupado por aquellas investigaciones que surgen en base a los fines y medios de la educación; por último se consideran valiosas las investigaciones a nivel básico, es decir, aquellas que se originan debido a un interés teórico.

Como podemos observar, cada país, de los revisados, presenta diferentes alternativas de solución; lo que probablemente podemos concluir a partir de ello, es que las alternativas son diferentes debido a que las condiciones sociales, económicas y políticas son particulares en cada país y en base a ellas es que se gesta el tipo específico de estrategia de procedimiento.

Esta es, consideramos, una situación que debe tenerse siempre presente, cualquier alternativa de solución debe obedecer a las condiciones reales del problema en cuestión y consecuentemente al contexto en el que se desarrolla tal problema. De otra manera, se corre el riesgo de emplear energía, tiempo y dinero en aplicar una estrategia que no sólo no solucionará el problema sino que además puede agravarlo, o bien, dar lugar al surgimiento de otros problemas.

Debido a ello, creemos que para dar una respuesta adecuada a la pregunta de: ¿Cuál es la manera más eficiente

de organizar servicios psicológicos, de modo que se ofrezca una alta calidad en el trabajo tanto a nivel de prevención_ como del tratamiento en sí, se tenga la capacidad de esta-- blecer normas aplicables en servicios similares, y en conse_ cuencia a todo ésto, se pueda ofrecer solución al mayor nú_ mero de problemas de salud mental?, es necesario, además de conocer el desarrollo histórico de los servicios prestados_ a la salud mental en nuestro país y el tipo de servicios -- que se prestan en otros países, conocer cual es la situa--- ción actual de este tipo de servicios en nuestro contexto. Además, claro, de conocer nuestro contexto, sus caracterís- ticas, la demanda social existente, etc.

Para conocer el tercer punto y parte del cuarto, -- realizamos un estudio de campo, por medio de una encuesta, _ cuyo reporte presentamos a continuación.

C A P I T U L O I I I

REPORTE FORMAL DE LA INVESTIGACION: ORGANIZACION
Y FUNCIONAMIENTO DE ALGUNOS CENTROS DEDICADOS A_
LA ATENCION DE DESORDENES CONDUCTUALES EN EL D.F.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE ALGUNOS CENTROS DEDICADOS
A LA ATENCION DE DESORDENES CONDUCTUALES EN EL DISTRITO
FEDERAL.

BUENDIA, A.

MORALES, C.

U.N.A.M.

RESUMEN.- Se investigaron las características de organización y funcionamiento de 28 centros dedicados íntegra o parcialmente a la atención de niños y adolescentes con desórdenes en la conducta. Así mismo, se investigó a 4 diferentes tipos de profesionistas (enfermera, psicólogo, psiquiatra y trabajadora social) en cada uno de los centros con el propósito de conocer las funciones específicas que cada uno de ellos realiza y la posición jerárquica que ocupan en este tipo de centros. Se encontró que el modelo de funcionamiento que poseen no contiene las características óptimas para prestar un servicio adecuado, y que, es el psiquiatra el profesionista que realiza las actividades de mayor relevancia en estos centros de trabajo; el psicólogo por el contrario, no realiza el total de las actividades para las que está capacitado. Se presentan varias su gerencias tendentes a mejorar la situación, en el sentido de prestar el servicio óptimo y de que cada profesionista desarrolle y ma nifieste sus conocimientos en la medida co rrespondiente.

La existencia de las alteraciones padecidas por niños, jóve nes y adolescentes afectados por déficits de carácter físico, -- psíquico, intelectual o social, y las repercusiones que éstas -- traen a la sociedad, ha sido y continúa siendo objeto de atención por parte de diversas instituciones, tanto nacionales como inter nacionales.

Por ejemplo, entre los estudios realizados a nivel interna cional se encuentran los llevados a cabo por la UNESCO, cuyos ob jetivos han sido describir la situación actual y las perspectivas de la investigación en el ámbito de la Educación Especial de diferentes zonas geográficas tales como: Cuba, Estados Unidos de Norteamérica, La Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Sue cia y Uruguay. Cada uno de tales trabajos "...comprende un estudio histórico de la creación y el desarrollo de la educación espe cial para los diferentes grupos de deficientes y una descripción de los procedimientos que se emplean para identificar a los ni ños deficientes. Se indican las disposiciones tomadas para ellos

en las escuelas, las clases especiales y los centros de rehabilitación, así como las lecciones suplementarias en las clases ordinarias. Se indican también las medidas para integrar a los deficientes en el sistema de educación con los alumnos ordinarios y en la vida social de la comunidad; la formación de maestros especializados; la cooperación con otros países en la esfera de la educación especial y en la formación de maestros especializados; la cooperación con otros países en la esfera de la educación especial y en la formación de maestros, la legislación sobre la -- educación especial y el apoyo económico proporcionado por el gobierno; la actitud del público hacia los deficientes, así como - los planes para el futuro y las tendencias de la educación especial.

....El estudio se dirige principalmente a los administradores superiores de la educación y a las autoridades que se interesan -- por el desarrollo de los sistemas de enseñanza, a los directores de las escuelas y a los maestros de alumnos ordinarios de todos los grados, al personal docente que se ocupa de los alumnos que padecen alguna forma de deficiencia, a los psicólogos escolares, a los educadores, a los trabajadores sociales y a los padres de los niños deficientes que, a menudo, forman grupos de presión para mejorar la situación de sus hijos en la escuela y en la sociedad." (*)

En los Estados Unidos existe, a nivel nacional, la llamada "Comisión Presidencial en Salud Mental", establecida por decreto presidencial en el año de 1977, con el objetivo de revisar las necesidades en salud mental de la Nación, y hacer recomendaciones acerca de como sería la mejor manera de resolver dichas necesidades. El reporte al estudio realizado durante 1978 contiene información acerca de: a) carencias encontradas respecto a -- cantidad y calidad de los servicios de salud mental a lo largo del país.
b) Problemas relacionados con aspectos financieros y de personal.
c) Recomendaciones de posibles soluciones.

* UNESCO. La Educación Especial. 1977.

Entre los estudios realizados dentro de nuestro país podemos mencionar la investigación documental llevada a cabo por el Dr. Rivera Melo (1966-67) en ella se revisan: a) los objetivos generales y las funciones normativas y las -- aplicativas de la Dirección de Salud Mental de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, así como las característi-- cas de las instituciones asistenciales y preventivas de la misma. b) Enuncia los recursos de salud mental con que contaba el Instituto Mexicano del Seguro Social. c) Hace un di-- rectorio de instituciones de salud mental en el Distrito Fe-- deral. d) Revisa el objetivo general y los específicos en -- relación a salud mental de los servicios técnicos de los -- Centros de Salud. e) Compara la Dirección General de Salud_ del Distrito Federal contra la Dirección de Salud Mental de la S.S.A., enuncia el presupuesto que recibe cada una de -- ellas, compara tipos de profesionistas, sueldos, horarios y categorías. f) Enumera las horas mes de trabajo por especia-- lidad y direcciones. g) Informa como se distribuyen los ser-- vicios de salud mental en los diferentes distritos sanita-- rios y en los 48 Centros de Salud del Distrito Federal. h) -- Informa del material utilizado para proporcionar asistencia i) Finalmente hace una evaluación y menciona las causas a -- las que pueden deberse las deficiencias de los servicios de salud mental.

En otro estudio realizado por Madrazo y Saldivar - - (1979), se hacen algunas consideraciones acerca del funcio-- namiento de los Centros de Desarrollo Infantil del D.F.; -- los puntos desarrollados son los siguientes: a) Descripción de las políticas de funcionamiento. b) Problemas que se pre-- sentan cuando se intenta cambiar estas políticas. c) Análi-- zar la administración del sistema. d) Proponen una serie de posibles soluciones a las deficiencias detectadas.

El presente estudio tiene como objetivo: a) Descri-- bir la organización y funciones de 28 servicios de salud --

mental del Distrito Federal y sus alrededores, así como el tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios, -- las funciones que desempeñan y las técnicas y procedimientos que utilizan; al mismo tiempo, conocer el tipo de población atendida y la demanda social de estos servicios.

M E T O D O

MUESTRA (Población y Método de Muestreo)

Se trata de una Investigación Descriptiva en la cual, el instrumento de recolección de información fué una encuesta que se empleó para describir las características de algunos de los servicios de salud mental de varias instituciones de salud.

Se encuestaron 28 centros, los cuales cuentan con servicio de salud mental, o bien son centros íntegramente dedicados a ella. Los centros fueron agrupados según sus características, en cinco secciones, y debido a la necesidad de mantener en el anonimato su identidad, sólo se designarán por medio de letras de la siguiente manera: grupo A, B, C, D con 6 centros cada uno, y grupo E con 4 centros.

El tipo de muestreo fue obtenido por juicio, debido a que el objetivo era encuestar a los centros mas reconocidos en el Distrito Federal y sus alrededores.

Los criterios empleados para la elección de la muestra fueron los siguientes:

1^a.- Que fueran centros reconocidos en cuanto a la calidad de la atención prestada.

2^a.- Que tuvieran por lo menos cuatro diferentes tipos de profesionistas trabajando en el servicio.

3^a.- Que se dedicaran principalmente a la atención de niños y adolescentes.

Para obtener información de los centros que cumplieron con nuestros criterios, realizamos entrevistas con personas que se encuentran en relación estrecha con cada diferente tipo de institución, y que por lo tanto las conocen y se encuentran en condiciones de poder emitir un juicio aceptable.

La investigación incluyó las siguientes tareas:

- a) Elaboración del instrumento de recolección de información.
- b) Recolección de la información.
- c) Codificación de los datos.
- d) Computación de los datos.
- e) resultados.
- f) Análisis y Discusión.

INSTRUMENTOS.

La recolección de datos se realizó mediante los siguientes instrumentos:

- 1.- Un cuestionario dirigido al Jefe del Servicio (Ver anexo - N° 1), que constó de 42 preguntas, las cuales hicieron un total de 183 variables* a analizar. Las áreas que el cuestionario exploró son las siguientes:
 - a) Datos generales del centro.
 - b) Datos del servicio de salud mental.
 - c) Datos del personal del servicio.
 - d) Organización interna del servicio.
 - e) Datos de la población atendida.
- 2.- Un cuestionario (Ver anexo N° 2) dirigido a cuatro diferentes tipos de profesionistas en cada centro: Enfermera, Psicólogo, Psiquiatra y Trabajador Social. Constó de 14 preguntas las cuales hacen un total de 63 variables a analizar. Este cuestionario recabó información acerca de:
 - a) Las actividades específicas en las que participa cada uno de los mencionados profesionistas.
 - b) El lugar ocupado jerárquicamente en relación con el resto de los profesionistas.

Para la elaboración del instrumento de recolección de la información se elaboraron reactivos objetivos y además que fueran codificables (ver anexos 1 y 2), se solicitó asesoría por parte de un especialista en computación acerca del método de

* Variable según la acepción utilizada en computación, implica factor, dato.

codificación mas conveniente para ser empleado en la encuesta y en base a sus indicaciones se elaboraron los manuales de codificación. (Ver anexos 4 y 5).

PROCEDIMIENTO.

Para recolectar la información, seleccionamos la muestra de los centros que nos servirían para obtener los datos - que nos informaran sobre la organización y funciones de los - servicios de salud mental. Elaboramos un instructivo que contiene las normas de aplicación del cuestionario (ver anexo -- N^o 3); y se aplicaron los cuestionarios en los centros seleccionados.

El procedimiento de aplicación fué el siguiente: Se -- contaba con 3 parejas de encuestadores, cada una de las cua-- les tuvo asignado un promedio de 8 centros. Se entregó a cada pareja una tarjeta conteniendo la lista de los centros con la dirección y el teléfono correspondientes; cada pareja elaboró un calendario señalando los días de visita, se telefonéo antes de iniciar las visitas, con el fín de rectificar las di-- recciones y la localización de cada centro.

CONDICIONES BAJO LAS QUE SE REALIZO LA INVESTIGACION.

- a) Un factor que consideramos podría intervenir o afectar --- nuestros resultados fué la manera de aplicación de los --- cuestionarios, para controlar este factor se elaboró un manual conteniendo los criterios de aplicación de los cues-- tionarios (ver anexo N^o 3). En consecuencia, tanto el cues-- tionario dirigido al jefe del servicio como el dirigido a_ los profesionistas fueron aplicados de manera uniforme en_ cada uno de los centros. Se le presentó al encuestado un - ejemplar del cuestionario dándosele verbalmente las siguien-- tes instrucciones: "Le entrego a usted un ejemplar del cues-- tionario con el objeto de que pueda leer en silencio, al - mismo tiempo que yo leo en voz alta las instrucciones y ca_ da una de las preguntas. Cuando yo termine de leer la pre_ gunta, aguardaré a que usted lea las opciones de respuesta

y me indique cual o cuales de ellas corresponden a su contestación, yo me encargaré de anotarlas, por lo tanto, no es necesario que usted escriba, en caso de que tenga alguna duda por favor pregunte acerca de ella. En la primera hoja tenemos la presentación del objetivo, podemos empezar?"

- b) En vista de que pudiera ocurrir que el aplicar un cuestionario en un momento determinado en ciertos centros, y dejar transcurrir un período de tiempo prolongado para aplicarlo en otros, podría darnos algún razgo de diferencia entre centros, no debido a la real diferencia sino a la lejanía de fechas de aplicación, consideramos conveniente fijar un plazo límite para la aplicación de la totalidad de la encuesta, este plazo comprendió del 9 de enero al 16 de febrero de 1979.
- c) Con el objeto de asegurar que las preguntas fueran comprendidas, y además saber si era necesario agregar algún reactivo o alguna opción para las respuestas, una vez concluida la elaboración de los cuestionarios realizamos una aplicación piloto con diferentes profesionistas, y en base a ella realizamos algunas modificaciones.

R E S U L T A D O S

A CONTINUACION SE PRESENTAN LAS FRECUENCIAS DE LOS --
CENTROS POR GRUPOS Y EN TOTAL, QUE RESPONDIERON A CA-
DA UNA DE LAS OPCIONES PREGUNTADAS EN LA ENCUESTA.

DESPUES SE PRESENTAN LAS TABLAS DE LAS FRECUENCIAS DE
LOS PROFESIONISTAS POR GRUPOS Y EN TOTAL QUE RESPON--
DIERON A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS EN LA ENCUESTA.

SE REALIZO LA SUMA DE LAS FRECUENCIAS Y EN ALGUNAS TA-
BLAS CUANDO ERA CONVENIENTE, SE OBTUVO EL PROMEDIO DE
LAS MISMAS.

TABLA I

 NUMERO DE SERVICIOS SEGUN A LA DEPENDENCIA QUE PERTENECEN

DEPENDENCIA	GRUPOS				
	A	B	C	D	E
a) OFICIAL	4	5	5	5	3
b) DESCENTRALIZADA	2		1		
c) PARTICULAR		1		1	1

TABLA 2

 NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LAS SIGUIENTES FUNCIONES GENERALES

FUNCIONES GENERALES	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ASISTENCIA	6	1	6	5	4 =	22
b) DOCENCIA	6	6	1	6	4 =	23
c) INVESTIGACION	6	3	4	4	4 =	21
d) SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE	2	0	5	3	1 =	11

TABLA 3

 NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES SUBDEPARTAMENTOS

SUBDEPARTAMENTOS .	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRIA	6	2	5	5	2 =	20
b) PSICOLOGIA	6	6	5	6	4 =	27
c) TRABAJO SOCIAL	5	5	4	5	6 =	20
d) PEDAGOGIA	1	4	2	5	1 =	13
e) ENFERMERIA	2	3	3	0	1 =	9
f) ANTROPOLOGIA SOCIAL	0	0	0	1	0 =	1
g) ADMINISTRACION	2	5	3	6	0 =	16

TABLA 4

NUMERO DE PROFESIONISTAS QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

PROFESIONISTAS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRAS	39	1	32	13	2	= 87
b) PSICOLOGOS	38	9	26	48	17	= 138
c) TRABAJADORES SOCIALES	12	13	15	15	11	= 66
d) MAESTROS ESPECIALIZADOS	0	55	0	9	43	= 107
e) PEDAGOGOS	10	2	3	31	5	= 51
f) EDUCADORAS	6	0	0	0	6	= 12
g) PEDIATRAS	7	1	0	6	2	= 16
h) TERAPISTAS DEL LENGUAJE	3	5	0	77	76	= 161
i) TERAPISTAS OCUPACIONALES	0	0	0	4	11	= 15
j) TERAPISTAS FISICOS	4	0	0	0	29	= 33
k) MEDICOS GENERALES	8	2	1	4	46	= 61

TABLA 5

NUMERO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

PERSONAL ADMINISTRATIVO	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
SECRETARIAS	38	96	12	17	29	= 192
ARCHIVISTAS	9	23	0	6	8	= 46
RECEPCIONISTAS	11	25	1	6	7	= 50

TABLA 6

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE ADMISION.

CRITERIOS DE ADMISION.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) QUE EL PACIENTE SEA DE UNA EDAD DETERMINADA	4	6	0	5	2	= 17
b) QUE EL PACIENTE SEA SUSCEPTIBLE DE SER TRATADO EN SU AMBIENTE NATURAL	3	2	3	3	2	= 13
c) QUE EL PACIENTE PRESENTE ALGUNA PATOLOGIA ESPECIFICA.	4	5	4	6	4	= 23
d) QUE LOS PADRES SE COMPROMETAN A COLABORAR EN EL TRATAMIENTO.	3	4	4	0	3	= 14

TABLA 7

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES EL SIGUIENTE PERSONAL RECIBE AL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LLEGAR.

PERSONAL	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) RECEPCIONISTA	4	6	5	0	3	= 18
b) PSICOLOGO	0	0	1	0	0	= 1
c) TRABAJADORA SOCIAL	1	0	0	0	1	= 2
d) PSIQUIATRA	1	0	1	2	0	= 4
e) ENFERMERA	3	0	1	0	0	= 4
f) PEDIATRA	0	0	0	2	0	= 2

TABLA 8

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO CLINICO.

PROCEDIMIENTOS	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ENTREVISTAS	5	5	5	6	4	= 25
b) APLICACION DE BATERIAS DE PRUEBAS PSICOLOGICAS	5	5	5	6	4	= 26
c) ESTUDIOS DE LABORATORIO.	3	0	3	2	2	= 10
d) ESTUDIOS DE GABINETE	2	2	6	5	4	= 19
e) REGISTRO DE REPERTORIOS CONDUCTUALES	1	1	3	3	1	= 9

TABLA 9

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS SE ENCARGAN DE REALIZAR EL DIAGNOSTICO CLINICO.

PROFESIONISTAS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRAS	6	1	5	3	1	= 16
b) PSICOLOGO	2	4	3	1	1	= 11
c) PEDIATRA	2	0	0	0	1	= 3
d) MEDICO GENERAL	0	5	0	0	4	= 9
e) MAESTRO ESPECIALIZADO	0	0	0	1	0	= 1
f) EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	0	0	0	1	0	= 1

TABLA 10

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS PROFESIONISTAS REALIZAN EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA SIGUIENTE MANERA.

FORMA DE REALIZAR EL DIAGNOSTICO.	GRUPOS					=	TOTAL
	A	B	C	D	E		
a) EN FORMA INDIVIDUAL	2	3	3	2	1	=	11
b) EN FORMA INDEPENDIENTE CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION.	1	0	1	0	0	=	2
c) EN FORMA CONJUNTA CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION.	4	1	2	0	0	=	7
d) CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO SOBRE UN MISMO PROBLEMA AL MISMO TIEMPO.	4	3	3	4	3	=	17

TABLA 11

NUMERO DE SERVICIOS QUE EMPLEAN LAS SIGUIENTES CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS.

CLASIFICACION DIAGNOSTICA.	GRUPOS					=	TOTAL
	A	B	C	D	E		
a) ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA.	2	2	0	0	1	=	5
b) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.	3	0	5	2	3	=	13
c) GRUPO PARA EL AVANCE DE LA psiquiatria.	1	0	1	1	0	=	3
d) NO UTILIZAN CLASIFICACION DIAGNOSTICA.	0	4	0	3	0	=	7

TABLA 12

NUMERO DE SERVICIOS QUE EMPLEAN LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO CLINICO.

<u>INSTRUMENTOS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PRUEBAS PSICOMETRICAS.	6	6	5	5	4 =	26
b) PRUEBAS PROYECTIVAS.	5	4	5	5	3 =	22
c) CUESTIONARIOS.	3	4	3	5	4 =	16
d) ENTREVISTAS.	6	3	6	5	4 =	24
e) INVENTARIOS.	2	0	5	2	3 =	12
f) ESCALAS DE DESARROLLO.	5	1	5	5	4 =	20
g) LISTAS DE CHEQUE CONDUCTUAL	2	2	3	2	5 =	12

TABLA 13

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS PROFESIONISTAS DETERMINAN DE LAS SIGUIENTES MANERAS EL TRATAMIENTO.

<u>FORMAS DE DETERMINAR EL TRATAMIENTO.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EL PROFESIONISTA DETERMINARA LIBREMENTE EL TRATAMIENTO -- QUE SE APLIQUE AL PACIENTE	3	1	3	5	0 =	12
b) EL PROFESIONISTA DETERMINARA CON OTROS PROFESIONISTAS EL TRATAMIENTO ADECUADO	3	5	3	1	3 =	15
c) EL PROFESIONISTA APLICARA EL TRATAMIENTO QUE OTRA PERSONA DETERMINARA.	0	0	0	0	1 =	1

TABLA 14

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS PROFESIONISTAS REALIZAN EL TRATAMIENTO DE LAS SIGUIENTES FORMAS.

FORMAS DE REALIZAR EL TRATAMIENTO	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN FORMA INDIVIDUAL	4	3	4	3	4	= 18
b) EN FORMA INDEPENDIENTE CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION.	3	0	1	0	0	= 4
c) EN FORMA CONJUNTA CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION.	3	1	2	0	0	= 6
d) CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO SOBRE UN MISMO PROBLEMA AL MISMO TIEMPO.	4	3	3	4	1	= 15

TABLA 15

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS FAMILIARES RECIBEN LOS SIGUIENTES TIPOS DE ORIENTACION.

TIPO DE ORIENTACION EN CUANTO A	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) LA POSIBLE CAUSA DEL PROBLEMA	6	4	6	6	4	= 26
b) LAS IMPLICACIONES FAMILIARES DEL PROBLEMA.	6	5	6	6	4	= 27
c) LAS IMPLICACIONES EDUCATIVAS DEL PROBLEMA.	6	5	6	6	4	= 27
d) LAS IMPLICACIONES LABORALES DEL PROBLEMA.	4	2	6	2	3	= 17
e) PROYECTO DE TRATAMIENTO SUS VENTAJAS Y LIMITACIONES.	6	3	6	5	4	= 24
f) CURSO DEL PADECIMIENTO A LO LARGO DEL TRATAMIENTO.	6	4	6	5	3	= 24

TABLA 16

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LO FAMILIARES DEL PACIENTE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO DE LA SIGUIENTE MANERA:

MANERA DE PARTICIPAR:	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) TRAYENDO AL PACIENTE A CONSULTA	6	2	6	6	4	= 24
b) A NIVEL DE INTERCAMBIO <u>INFORMATIVO</u> .	5	4	6	5	2	= 22
c) LLEVANDO A CABO UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN EL HOGAR.	6	4	5	6	3	= 24
d) MEDIANTE TAREAS ASIGNADAS POR <u>EL PROFESIONISTA</u> .	6	4	5	6	3	= 24
e) PARTICIPANDO EN TERAPIAS FAMILIARES.	6	2	6	6	4	= 24

TABLA 17

NUMERO DE CENTROS QUE TIENEN CONVENIOS CON LOS SIGUIENTES CENTROS EDUCATIVOS DENTRO DE LA COMUNIDAD Y QUE PERMITEN LA IMPLEMENTACION DE TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO DENTRO DE ELLOS.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) CON JARDINES DE NIÑOS.	1	1	3	3	2	= 10
b) CON GUARDERIAS.	1	1	3	3	2	= 10
c) CON ESCUELAS OFICIALES.	2	1	3	3	4	= 13
d) CON CENTROS EDUCATIVOS <u>DEPENDIENTES</u> DE LA DIRECCION <u>GENERAL</u> DE EDUCACION ESPECIAL.	2	4	3	3	2	= 14
e) NO TIENEN CONVENIOS.	3	2	2	2	0	= 9

TABLA 18

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA DAR DE ALTA A LOS PACIENTES.

<u>CRITERIOS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) QUE HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO DE TIEMPO DETERMINADO.	1	4	0	0	0	= 5
b) QUE LOS FAMILIARES Y PERSONAS RELACIONADAS CON EL PACIENTE REPORTEN UNA MEJORIA.	2	1	1	1	0	= 5
c) QUE EXISTA UNA MEJORIA EN RELACION CON EL PROBLEMA OBSERVADO AL INICIO DEL TRATAMIENTO.	3	2	4	5	0	= 14
d) QUE EL PACIENTE HAYA ALCANZADO LOS CRITERIOS ESTANDAR DE DESARROLLO EN INDIVIDUOS DE SU EDAD.	3	0	4	5	4	= 16

TABLA 19

NUMERO DE SERVICIOS QUE REALIZAN SEGUIMIENTO.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) SI REALIZAN SEGUIMIENTO	4	2	5	3	2	= 16
b) NO REALIZAN SEGUIMIENTO	2	4	1	3	2	= 12

TABLA 20

NUMERO DE SERVICIOS EN LOS CUALES LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS REALIZAN EL SEGUIMIENTO.

<u>PROFESIONISTAS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRA	2	0	0	1	0	= 4
b) PSICOLOGO	2	1	4	1	1	= 10
c) TRABAJADOR SOCIAL	4	1	1	1	1	= 8
d) EDUCADORA	1	0	0	0	1	= 2

TABLA 21

TIEMPO PROMEDIO EN MESES DE DURACION DEL SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN MESES	10	18	8	5	12	= 10.5

TABLA 22

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA DAR SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES.

CRITERIOS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) POR LA MAGNITUD DEL PROBLEMA	3	0	4	1	2	= 10
b) POR PATOLOGIA ESPECIFICA.	3	0	4	0	2	= 3
c) POR SER CASO DE INTERES PARA EL SERVICIO.	2	0	2	2	2	= 8
d) POR SER SUJETOS DE INVESTIGACION.	1	0	1	1	0	= 3
e) POR EL BUEN PRONOSTICO DEL PACIENTE.	0	1	2	0	1	= 4
f) POR NORMA ESTABLECIDA EN EL SERVICIO.	0	1	2	1	0	= 4

TABLA 23

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN UN METODO DE EVALUACION QUE -- PERMITA LA CORRECCION Y SUPERACION DEL SERVICIO EN FORMA CONTINUA.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
SI TIENEN UN METODO DE EVALUACION.	5	5	5	5	3	= 21
NO TIENEN UN METODO DE EVALUACION.	1	1	1	1	1	= 7

TABLA 24

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES TIPOS DE RELACION CON OTROS DEPARTAMENTOS DENTRO DE LA INSTITUCION.

TIPO DE RELACION.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN CUANTO A LA REMISION DE PACIENTES.	5	0	5	3	2	= 15
b) CON FINES DOCENTES.	5	1	5	4	2	= 17
c) EN FORMA DE REUNIONES PERIODICAS PARA INFORMACION GENERAL.	3	2	5	3	3	= 16
d) EN FORMA DE REUNIONES PERIODICAS PARA LA SOLUCION DE -- PROBLEMAS EN COMUN.	5	2	5	4	4	= 20

TABLA 25

NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN EL SIGUIENTE TIPO DE RELACION - CON OTRAS INSTITUCIONES.

TIPO DE RELACION.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN CUANTO A LA REMISION DE PACIENTES.	3	4	6	6	4	= 23
b) CON FINES DOCENTES.	4	3	5	5	4	= 21
c) EN FORMA DE REUNIONES PERIODICAS PARA INFORMACION GENERAL.	2	1	3	5	2	= 13
d) EN FORMA DE REUNIONES PERIODICAS PARA LA SOLUCION DE - PROBLEMAS EN COMUN.	4	0	3	4	2	= 13

TABLA 26

NUMERO DE SERVICIOS QUE REMITEN PACIENTES A LOS SIGUIENTES CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL.

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) CLINICAS DE LA CONDUCTA.	4	2	4	3	2	= 15
b) CLINICA DE ORTOLALIA	5	3	5	1	2	= 16
c) CENTRO PEDAGOGICO PARA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, LENGUAJE Y CONDUCTA.	4	1	5	2	2	= 14
d) LABORATORIO DE EDUCACION ESPECIAL.	4	0	4	3	2	= 14
e) ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL OFICIAL	4	3	3	4	3	= 17
f) GRUPO INTEGRADO DE ESCUELAS PRIMARIAS OFICIALES.	4	3	5	5	3	= 20
g) ESCUELAS ESPECIAL POR COOPERACION.	4	2	3	0	3	= 12
h) ESCUELAS ESPECIAL PARTICULAR	3	2	2	5	3	= 13
i) CENTROS DE ENSEÑANZA PARA MENORES INFRACTORES.	3	0	3	3	1	= 10
j) CENTROS DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO	1	4	4	2	2	= 13
k) INDUSTRIAS P	0	5	1	4	2	= 12

TABLA 27

NUMERO DE CENTROS EN LOS CUALES LOS PACIENTES SON REMITIDOS POR LAS SIGUIENTES PERSONAS Y PROFESIONISTAS.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
MEDICO GENERAL.	41	5	12	5	15	= 15.6%
FAMILIARES.	15	16	31	6	37	= 17.8
MAESTROS.	8	70		20	17	= 28
PEDIATRA.	27	4	14	5	5	= 11
OTRA INSTITUCION	6	41	18	10	25	= 20
CLERO.	1	0	1	1	0	= .6

TABLA 28

NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS QUE RECIBEN ANUALMENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
	1,206	163.3	1,953	508	325	=831

TABLA 29

PORCENTAJE PROMEDIO DEL FLUJO ANUAL QUE SIGUEN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

FLUJO DE PACIENTES.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) SON DADOS DE ALTA.	44	13	40	63	35	= 39 %
b) DESERTAN.	26	14	21	14	21	= 19.2
c) REINGRESAN.	0.8	35	12	8	17	= 14.56

TABLA 30

PORCENTAJE PROMEDIO DE LOS PACIENTES QUE DADOS DE ALTA RECIBEN SEGUIMIENTO.

PACIENTES QUE RECIBEN SEGUIMIENTO.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
	0.4	14	53	60	.8	= 25.64%

TABLA 31

PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN EN LOS SERVICIOS.

EDADES.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
0 - 3 AÑOS	9	0	4	50	14	= 5.5
3.1 - 6 AÑOS	15	8	13	34	29	= 18.36
6.1 - 9 AÑOS	31	6	38	40	33	= 29.6
9.1 - 12 AÑOS	23	34	18	17	12	= 20.8
12.1 - 15 AÑOS	11	27	14	6	4	= 12.4
15.1 - 18 AÑOS	10	32	11	1	7	= 12.2

TABLA 32

PORCENTAJE PROMEDIO DE LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS SEGUN EL SEXO A QUE PERTENECE.

SEXO.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) MASCULINO	53	31	58	67	57	= 53.2
b) FEMENINO	47	69	42	34	42	= 46.8

TABLA 33

PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS QUE RECIBEN EN LOS SERVICIOS.

<u>ESCOLARIDAD.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
NINGUNA.	14	5	3	1	62	17%
PREESCOLAR.	44	26	9	33	4	23.2
PRIMARIA.	30	60	55	59	32	47.2
SECUNDARIA.	8	6	20	4	0	7.6
NIVEL TECNICO.	1	1	3	0	0	0.8
PREPARATORIA.	1	0	0	0	0	.2
PROFESIONAL.	1	0	0	0	0	.2

TABLA 34

PORCENTAJE PROMEDIO DEL NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS QUE RECIBEN EN LOS SERVICIOS.

<u>NIVEL SOCIOECONOMICO.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) BAJO.	61	65	69	48	62	48.4%
b) MEDIO.	31	25	28	35	33	30.4
c) ALTO.	8	9	2	15	4	7.6

D I S C U S I O N

Sólo el 14% de los servicios tiene como función general el Servicio en el Medio Ambiente del paciente, ésto significa que se desaprovecha un campo importante mediante el cual se puede integrar de una manera más adecuada al paciente a su medio ambiente natural. El 61% de los servicios tiene los siguientes subdepartamentos: psiquiatría, psicología, trabajo social y administración, ésto demuestra la poca participación de otras profesiones, como por ejemplo la de Antropología Social, ya que sólo el .9% de los servicios tiene un subdepartamento de tal profesión.

Por otro lado, es importante señalar, que los 4 servicios que conforman el grupo E no cuentan con un subdepartamento de administración; en el grupo A lo tienen 2 de 6 servicios, en el C 3 de 6, en el B 5 de 6; y el único en el que los 6 servicios cuentan con este subdepartamento, es el grupo D. Esto tiene una gran relevancia, debido a que esta situación puede tener repercusiones en las actividades de los profesionistas, quienes deben entonces, dividir su tiempo -- realizando actividades administrativas, por lo tanto, reducen el tiempo que dedican a las pacientes o a los educandos, y a las investigaciones, lo cual trae como resultado la saturación del horario de citas, las actividades de los profesionistas son de baja calidad, y las investigaciones se hacen interminables que, lógicamente, no reditúan beneficio.

Del número de profesionistas que laboran en los servicios, sobresalen por su cantidad los terapeutas del lenguaje y los psicólogos, ésto puede deberse a que hay centros especializados en problemas psicopedagógicos y del lenguaje. Podemos observar también que donde hay una gran cantidad de psiquiatras hay pocos maestros especializados y viceversa, esta relación puede explicarse porque estos dos profesionistas son quienes poseen el puesto de Jefes de Servicio.

En relación al personal administrativo, se puede observar la carencia tanto de recepcionistas como de archivistas, no así la de secretarías, aunque, si las secretarías deben cubrir las funciones de las 3 áreas, se ocasiona una baja en su rendimiento por la gran demanda de pacientes a estos servicios, ésto como una deficiencia administrativa repercute en el servicio que se ofrece a los pacientes.

El criterio de admisión de pacientes al servicio que con mayor frecuencia reportaron los centros es que el paciente presente alguna patología específica, lo cual puede considerarse como un criterio lógico; sin embargo, se desaprovecha la participación de los padres desde el inicio de la atención a sus hijos, ya que el 50% de los centros no cuenta con el criterio de que los padres se comprometan a participar en el tratamiento del niño.

El personal que recibe al paciente en el momento de llegar tiende a una normalidad, ya que en la mayoría de los servicios es la recepcionista quien los recibe, sin embargo, hay centros que reportaron que los recibe el psiquiatra, el trabajador social, pediatra o psicólogo, por lo que se considera probable que no se haya entendido la pregunta (a pesar de la explicación proporcionada por el encuestador), o que verdaderamente así es como lo hacen debido a la falta de recepcionistas ya señalada anteriormente.

En el 61% de los centros, el psiquiatra y el psicólogo son los profesionistas que atienden al paciente en la primera consulta, esta actividad es de gran trascendencia, ya que es en esta fase donde el paciente plantea su problema, y el profesionista deberá obtener una visión integral del mismo para determinar acertadamente que profesionista pueden integrar el diagnóstico y el tratamiento más adecuado. Además realizando esta labor efectivamente puede evitarse que se traslapen o se repitan actividades, y que el paciente deba pasar por 2 ó 3 entrevistas contestando las mismas preguntas a diferentes profesionistas. En el mismo sentido está el que los centros cuenta

ten con un procedimiento para determinar con quien pasará el paciente después de la primera consulta; el reporte de los centros es que el 85% de ellos si cuentan con estos criterios, lo que resulta benéfico para los pacientes que acuden a estos servicios.

El 57% de los centros utiliza las entrevistas y la aplicación de baterías de pruebas psicológicas como procedimientos para establecer el diagnóstico, lo cual puede ser un factor que limita la efectividad de los servicios porque se desaprovechan procedimientos tan valiosos como el registro de repertorios conductuales, el cual sólo es utilizado en el 10% de los centros.

De los profesionistas que realizan el diagnóstico clínico encontramos que, en un 83% de los casos lo realiza el psiquiatra, el psicólogo y el médico general, aunque es importante que el psicólogo participe en esta tarea, habrá que indagar más sobre el punto, porque es probable que su participación se limite a la aplicación de pruebas psicológicas. Consideramos que podría tener una participación más productiva, que la sola tarea de aplicar pruebas, como sería realizar un análisis psicológico completo; sin embargo, lo más indicado para realizar el diagnóstico clínico es que esa labor se realice en equipo a nivel interdisciplinario, y esto sólo existe en uno de los 28 centros encuestados.

En relación a la forma de realizar el diagnóstico, los 5 grupos señalan que trabajan desde individualmente hasta en grupos interdisciplinarios, si esto es así representa un serio problema, ya que el paciente recibirá en algunas ocasiones un diagnóstico parcial, cuando el profesionista trabaja individualmente.

En las clasificaciones diagnósticas que emplean los servicios, también encontramos un problema, ya que el utilizar distintas clasificaciones dificulta la comunicación entre los centros; por ejemplo, cuando remitan pacientes de un ser

vicio a otro, algunos pacientes tendrán un diagnóstico que es diferente o que no existe en el centro al que fueron referidos y entonces habrá que iniciar otra vez el estudio.

Un 54% de los centros utiliza los siguientes instrumentos para establecer el diagnóstico; las pruebas psicométricas, las pruebas proyectivas, las entrevistas y las escalas de desarrollo, sabiendo que la mayoría de las pruebas psicométricas como proyectivas no están estandarizadas para el Distrito Federal.

En el 42% de los centros los profesionistas determinan libremente el tratamiento que aplicará, lo que trae como consecuencia que el trabajo se adapte al profesionista y no a las necesidades del paciente.

En lo que respecta a la forma de realizar el tratamiento, se puede señalar que es normal que existan tratamientos individuales o en equipos interdisciplinarios.

El 86% de los servicios reportan proporcionar orientación a los familiares en cuanto a: las posibles causas del problema, sus implicaciones familiares, educativas y laborales, también en cuanto al desarrollo del padecimiento a lo largo del tratamiento, lo que puede considerarse como un factor que beneficia al paciente y al ámbito familiar. De la manera en que participan los familiares en el tratamiento, reportan que el 95% de los centros participa de distintas maneras, entre las cuales destaca el que los familiares lleven a cabo un programa de tratamiento en el hogar. Sin embargo, consideramos que las opciones proporcionadas por el cuestionario a las preguntas del tipo de orientación a los familiares, y la manera de participar en el tratamiento, pudieron haber inducido las respuestas. Es necesario señalar que el control de factores que puedan alterar las respuestas del encuestado es bastante complejo.

En los criterios para dar de alta a los pacientes, --

destaca el dato de que el 51% de los centros tengan el criterio de que el paciente haya alcanzado los criterios estándar de desarrollo en individuos de su edad, el cual puede considerarse como el criterio más objetivo, porque el resto de los criterios carece de un argumento sólido para que el paciente sea dado de alta.

El 42% de los centros no realiza seguimiento, lo cual es una carencia lamentable, porque el seguimiento puede servir como una evaluación de todo el trabajo realizado en el paciente, y como resultado de ésto recibir retroalimentación de las actividades del servicio para poder realizar los cambios necesarios para ofrecer un servicio de mayor calidad.

En un 47% de los centros el psicólogo y la trabajadora social cubren la actividad del seguimiento; si consideramos que un 36% de los centros no realiza seguimiento, entonces estos profesionistas cubren casi la totalidad de esta actividad.

Es importante destacar que de los criterios señalados por los servicios para dar seguimiento a los pacientes, sólo un 10% de los centros ofrece el seguimiento a todos los pacientes, quizá no se ha evaluado el beneficio que traería este servicio a todos los pacientes y al servicio mismo.

Un 25% de los centros no tiene un método de evaluación que le permita la corrección y superación en forma continua.

El 71% de los centros guarda relaciones en forma de reuniones periódicas para la solución de problemas en común con otros departamentos dentro de la institución, y con otras instituciones el 46%, ésto les permite enriquecer la información con la que cuentan y los prepara para resolver de una manera integral los problemas que enfrentan.

Es necesario fomentar la existencia de convenios de ayuda mutua entre las instituciones, ya que no es funcional que remitan pacientes a un número considerable de centros, si en un 76% de los casos no se tiene la seguridad de que van a

ser admitidos.

Observamos, en el grupo A y C, un número elevado de pacientes que reportan recibir anualmente, sin embargo consideramos que ambos grupos respondieron esta pregunta en base al número de consultas que proporcionan y no al número de pacientes que atienden, ya que si ésto fuera tal como ellos lo reportan tendríamos que habría 127 profesionistas para 1206 pacientes en el grupo A, y en el grupo C habría 77 profesionistas para 1953 pacientes, lo cual hace dudar de la respuesta.

Respecto al flujo que tienen los pacientes, en los grupos A, C, D, E, se da de alta al 45.5%, y el grupo B sólo tiene un 13% de pacientes dados de alta. Esto nos sugiere realizar un estudio más profundo al respecto, que nos informe porqué es tan bajo el porcentaje de altas.

El porcentaje promedio de pacientes que desertan es del 15%, ésto tiene consecuencias negativas, tales como, la inversión de tiempo y dinero que realiza el servicio en estos pacientes que no beneficia ni a uno ni a otro, y quizá la repercusión mas lamentable caiga sobre el paciente porque es él --- quien se queda sin atención profesional para su problema.

El promedio de pacientes que reciben seguimiento varía entre cada grupo, así tenemos que en el grupo A sólo el .4% de pacientes lo recibe, en el B el 14%, en el C el 53%, en el D el 60% y en el E el 18%. Como podemos observar, los grupos C y D ofrecen seguimiento a más de la mitad de la población; el grupo A es el que se puede señalar que no ofrece seguimiento.

En los resultados de los grupos del A al D relacionados con las edades, escolaridad y nivel socioeconómico. el 76% de los pacientes se encuentran en una edad entre 3 a 12 años, el 82% tiene nivel preescolar y básico. Del grupo A al E los pacientes recibidos pertenecen en un 55% al nivel socioeconómico bajo, un 35% al nivel medio y el 10% al alto.

En el grupo B, debido a sus funciones generales, sus pa

cientes tienen una edad entre 9.1 y 18 años, el 62% no tiene escolaridad y el 32% tiene primaria, estos datos nos indican que los métodos empleados para abordar los problemas de desórdenes conductuales deben diseñarse en base a las características de nuestra realidad.

DATOS CORRESPONDIENTES A LAS ENFERMERAS

TABLA I

 NUMERO DE ENFERMERAS ENCUESTADAS EN CADA GRUPO.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
	3	1	3	0	1	8

TABLA 2

 NUMERO DE ENFERMERAS QUE REPORTARON CORRESPONDENCIA ENTRE SU NOMBRAMIENTO LABORAL Y SU PROFESION.

OPCIONES.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EL NOMBRAMIENTO LABORAL SI CORRESPONDE CON LA PROFESION.	2	1	3	1		7
b) EL NOMBRAMIENTO LABORAL NO CORRESPONDE CON LA PROFESION.	1	0	0	0		1

TABLA 3

 NUMERO DE ENFERMERAS QUE PERCIBEN MENSUALMENTE LOS SIGUIENTES SUELDOS.

SUELDOS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) MENOS DE 5,000		1				1
b) ENTRE 5,001 - 6,000	1		1			2
c) ENTRE 6,001 - 7,000	2					2
d) ENTRE 8,001 - 9,000			1			1

NUMERO DE ENFERMERAS QUE REPORTARON LOS SIGUIENTES REQUISITOS COMO NECESARIOS PARA INGRESAR AL SERVICIO CON EL NOMBRAMIENTO QUE POSEEN.

REQUISITOS.	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) NIVEL TECNICO.	1	1			2
b) NIVEL TECNICO Y LICENCIATURA	1				1
c) NIVEL TECNICO Y EXPERIENCIA DE UN AÑO.	1				1
d) LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE DOS AÑOS.			1	1	2
e) ESPECIALIDAD.			1		1
f) EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS			1		1

TABLA 5

NUMERO DE ENFERMERAS QUE SON SUPERVISADAS POR LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

PROFESIONISTAS.	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) MEDICO GENERAL	2	1			3
b) PSIQUIATRA.	1		2	1	4
c) NO ES SUPERVISADA.			1		1

TABLA 6

NUMERO DE ENFERMERAS QUE PARTICIPAN EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES GENERALES.

FUNCIONES GENERALES.	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) ASISTENCIA.		1			1
b) ASISTENCIA, DOCENCIA, INVESTIGACION.				1	1
c) ASISTENCIA E INVESTIGACION		1			1
d) ASISTENCIA Y DOCENCIA			1		1
e) ASISTENCIA, DOCENCIA Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.			1		1
f) ASISTENCIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.	2		1		3

TABLA 7

NUMERO DE ENFERMERAS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON ASISTENCIA.	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) ENTREVISTAS	1		1		2
b) DIAGNOSTICO	1				1
c) TRATAMIENTO.		1			1
d) ENTREVISTAS Y TRATAMIENTO			2	1	3
e) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO.	1				1
<hr/>					
<u>PARA CUMPLIR CON DOCENCIA:</u>					
a) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION	1				1
b) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.			1	1	2
c) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.	1				1
d) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS.			1		1
e) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y A MAESTROS.	1	1			2
f) NO PARTICIPA EN DOCENCIA.	1	1			2
<hr/>					
<u>PARA CUMPLIR CON INVESTIGACION:</u>					
a) RECOPIACION DE DATOS.	2				2
b) RECOPIACION DE DATOS Y EVALUACION DE LOS MISMOS.	1		1	1	3
c) NO PARTICIPA EN INVESTIGACION.		1	2		3

PARA CUMPLIR CON LOS SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.

	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS, A PADRES Y A ADOLESCENTES.			1		1
b) TRATAMIENTO EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS, A PADRES Y A ADOLESCENTES.			1		1
c) NO PARTICIPA EN ESTA FUNCION.	3	1	1	1	6

PARA CUMPLIR CON SEGUIMIENTO.

a) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION.			2	1	3
b) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION Y VISITAS DOMICILIARIAS.			1		1
c) NO PARTICIPA EN SEGUIMIENTO.	3	1			4

REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

a) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS Y RECOPIA Y MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE.	2		2	1	5
b) NO REALIZA ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.	1	1	1		3

TABLA 8

NUMERO DE ENFERMERAS QUE REALIZAN SU TRABAJO DE LA SIGUIENTE MANERA.

OPCIONES.	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
a) EN FORMA INDIVIDUAL.		1			1
b) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1		1		2
c) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1		1

CONTINUA TABLA 8

	GRUPOS				TOTAL
	A	B	C	E	
d) EN FORMA INDIVIDUAL Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1	1	2
e) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.	1				1
f) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1				1

DATOS CORRESPONDIENTES A LOS PSICOLOGOS.

TABLA I

NUMERO DE PSICOLOGOS ENCUESTADOS EN CADA GRUPO.						
	GRUPOS.					TOTAL
	A	B	C	D	E	
	6	6	6	6	4	28

TABLA 2

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REPORTARON CORRESPONDENCIA ENTRE SU NOMBRAMIENTO LABORAL Y SU PROFESION.

<u>OPCIONES</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EL NOMBRAMIENTO LABORAL SI CORRESPONDE CON LA PROFESION.	5	1	3	3	4	16
b) EL NOMBRAMIENTO LABORAL NO CORRESPONDE CON LA PROFESION.	1	4	3	3		11
c) NO APORTO EL DATO.		1				1

TABLA 3

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE PERCIBEN MENSUALMENTE LOS SIGUIENTES
SUELDOS.

<u>SUELDOS</u>	GRUPOS.					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) MENOS DE 5,000		2		1		3
b) ENTRE 5,001 - 6,000				1		1
c) ENTRE 6,001 - 7,000				1	1	2
d) ENTRE 7,001 - 8,000	1		1	1	1	4
e) ENTRE 8,001 - 9,000		2	1		1	4
f) ENTRE 9,001 - 10,000	1	1	1	1		4
g) ENTRE 10,001 - 11,000			1			1
h) ENTRE 12,001 - 13,000			2	1	1	4
i) ENTRE 13,001 - 14,000	1					1
j) ENTRE 14,001 - 15,000	2					2
k) ENTRE 16,001 - 17,000	1					1
l) NO APORTO EL DATO.		1				1

TABLA 4

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REPORTARON LOS SIGUIENTES REQUISITOS COMO NECESARIOS PARA INGRESAR AL SERVICIO CON EL NOMBRAMIENTO QUE POSEEN.

REQUISITOS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) SER PASANTE		4	1		1	6
b) LICENCIATURA	2		2	2		6
c) ESPECIALIDAD		1				1
d) PASANTE Y LICENCIATURA			1	1	1	3
e) NIVEL TECNICO Y LICENCIATURA				1		1
f) LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE 1 AÑO.			1	1		2
g) LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.	1					1
h) LICENCIATURA Y ESPECIALIDAD		1				1
i) PASANTE, LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.	1					1
j) NIVEL TECNICO, LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.	1		1			2
k) PASANTE, LICENCIATURA, ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.	1					1
l) ESPECIALIDAD, MAESTRIA Y EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.					1	1
m) ESPECIALIDAD, MAESTRIA Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS				1		1
n) NIVEL TECNICO, LICENCIATURA, ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA de 2 años.					1	1

TABLA 5

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE SON SUPERVISADOS POR LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

PROFESIONISTAS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRA	5		4		3	12
b) PSICOLOGO	1	4	1	3		9
c) MAESTRO ESPECIALIZADO		1			1	2
d) PSICOLOGO Y MAESTRO ESPECIALIZADO				1		1
e) NO ES SUPERVISADO		1	1	2		4

TABLA 6

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE SUPERVISAN A LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

PROFESIONISTAS.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSICOLOGO	2		1			3
b) MAESTRO ESPECIALIZADO		1				1
c) EDUCADORA						
d) PSICOLOGO Y EDUCADORA				1		1
e) NO SUPERVISA	4	5	5	5	4	23

TABLA 7

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE PARTICIPAN EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES GENERALES.

FUNCIONES.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ASISTENCIA Y DOCENCIA	1	1	1	2		5
b) ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACION	4	2	2			8
c) ASISTENCIA, DOCENCIA Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE				1	1	2
d) ASISTENCIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.	1	3	3	3	3	13

TABLA 8

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON ASISTENCIA.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO	1					1
b) ENTREVISTAS, ENCUESTAS Y APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS.	1					1
c) ENTREVISTAS, APLICACION - DE PRUEBAS PSICOLOGICAS Y DIAGNOSTICO	1					1
d) ENTREVISTAS, APLICACION - DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO	1		2	4	2	9
e) ENTREVISTAS, APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO, LISTAS DE CHEQUEO CONDUCTUAL	1			1		2
f) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, -- APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO Y -- DIAGNOSTICO	1	1	2		1	5
g) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, -- APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO, -- DIAGNOSTICO Y LISTAS DE -- CHEQUEO CONDUCTUAL.		2		1		3
h) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO, -- DIAGNOSTICO Y LISTAS DE -- CHEQUEO CONDUCTUAL.			1			1
i) TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO Y LISTAS DE CHEQUEO CONDUCTUAL.		1				1
j) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, -- APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS Y DIAGNOSTICO.		2				2
k) ENTREVISTAS, APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS Y TRATAMIENTO.			1		1	2

CONTINUA TABLA 8

PARA CUMPLIR CON DOCENCIA.	A	B	C	D	E	TOTAL
a) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION.	1	1		1		3
b) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL	1					1
c) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.		1		1		2
d) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL.	1					1
e) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y A PADRES.	1					1
f) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y A PADRES.			1			1
g) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.		1				1
h) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS.		2				2
i) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y PADRES.	2					1
j) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION; IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, A PADRES Y MAESTROS.		1				1
k) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y FUERA DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
l) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS.				1		1
m) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS.				1		1

CONTINUA TABLA 8

	A	B	C	D	E	TOTAL
n) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS, FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS.			1		1	2
ñ) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, A PADRES Y MAESTROS, Y FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.				1		1
o) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS, Y FUERA DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.						
p) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y PADRES, Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES, MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			2			2
q) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS; Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES, MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.		1	1	2		4

CONTINUA TABLA 8

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES --
PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

<u>PARA CUMPLIR CON INVESTIGACION.</u>	A	B	C	D	E	TOTAL
a) DISEÑO Y RECOPIACION DE DATOS			1		1	1
b) RECOPIACION DE DATOS Y MANIPULACION EXPERIMENTAL.	1	1				2
c) EVALUACION DE LOS DATOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.				1		1
d) RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL Y ANALISIS DE DATOS.	1					1
e) RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS DE LOS DATOS Y EVALUACION DE LOS MISMOS.				1		1
f) RECOPIACION DE DATOS, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS MISMOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.		1				1
g) RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS DATOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.		1				1
h) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES Y ANALISIS DE LOS DATOS.			1		1	2
i) DISEÑO, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS DATOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.		1				1
j) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS DATOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	3	1	1	1	1	7
k) NO PARTICIPA EN INVESTIGACION.	1	1	3	3	1	9

CONTINUA TABLA 8

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON LOS SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE:

	GRUPOS.					TOTAL.
	A	B	C	D	E	
a) ORIENTACION A ADOLESCENTES.	1		1		1	3
b) ORIENTACION A PADRES Y ADOLESCENTES.				2		2
c) TRATAMIENTO EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS Y A PADRES.					1	1
d) ORIENTACION A MAESTROS, PADRES Y ADOLESCENTES.			2	1	1	4
e) TRATAMIENTO EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS, PADRES Y ADOLESCENTES.		2		1		3
f) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS, PADRES Y ADOLESCENTES.		1	2		1	4
g) NO PARTICIPA EN ESTA FUNCION.	5	3	1	2		11

PARA CUMPLIR CON SEGUIMIENTO.

a) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN EN LA INSTITUCION.	3	2	3	4	2	14
b) VISITAS DOMICILIARIAS.		1				1
c) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION Y VISITAS DOMICILIARIAS.	1		1		1	3
d) NO PARTICIPA EN SEGUIMIENTO.	2	3	2	2	1	10

CONTINUA TABLA 8

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES -
PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS:	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS.	1					1
b) RECOPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE.		1	1	2	1	5
c) MECANOGRAFIA REPORTES.	1	1				2
d) ORDENA EXPEDIENTES Y RECOPILA Y - MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE	1					1
e) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS Y ME- CANOGRAFIA REPORTES.	1	1	1			3
f) RECOPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE Y MECANOGRAFIA REPORTES.		1			1	2
g) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS, RECOPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE, Y MECANOGRAFIA REPORTES.	1		1			2
h) NO REALIZA ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.	1	2	3	4	2	12

TABLA 9

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN SU TRABAJO DE LA SIGUIENTE --
MANERA.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN FORMA INDIVIDUAL.		3				3
b) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION.			1		1	2
c) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.	2				1	3
d) EN FORMA INDIVIDUAL Y EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.		1	1			2
e) EN FORMA INDIVIDUAL Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.		1				1
f) EN FORMA INDIVIDUAL Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.	1					1
g) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.					1	1
h) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1	1		2
i) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION TRABAJANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.	2					2
j) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1	1		2
k) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.						

CONTINUA TABLA 9

NUMERO DE PSICOLOGOS QUE REALIZAN SU TRABAJO DE LA SIGUIENTE MANERA.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
BLEMA, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.			1		1	2
1) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1	1		2
m) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA; EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO EN CONJUNTO CON EL MISMO PROBLEMA.	1	1				2

DATOS CORRESPONDIENTES A LOS PSIQUIATRAS

TABLA I

NUMERO DE PSIQUIATRAS ENCUESTADOS.

GRUPOS

A	B	C	D	E	TOTAL
6	1	6	4	3	20

TABLA 2

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE REPORTARON CORRESPONDENCIA ENTRE SU NOMBRAMIENTO LABORAL Y SU PROFESION.

GRUPOS

	A	B	C	D	E	TOTAL
a) EL NOMBRAMIENTO LABORAL <u>SI</u> CORRESPONDE CON LA PROFESION.	6	1	6	4	3	20
b) EL NOMBRAMIENTO LABORAL <u>NO</u> CORRESPONDE CON LA PROFESION.	-	-	-	-	-	

TABLA 3

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE PERCIBEN MENSUALMENTE LOS SIGUIENTES SUELDOS.

GRUPOS

SUELDOS.	A	B	C	D	E	TOTAL
a) ENTRE 7,001 - 8,000			1	1		2
b) ENTRE 8,001 - 9,000				1		1
c) ENTRE 9,001 -10,000	1			1		2
d) ENTRE11,001 -12,000			1		1	2
e) ENTRE12,001 -13,000			1		1	2
f) ENTRE13,001 -14,000			1	1	1	3
g) ENTRE14,001 -15,000	1		1			2
h) ENTRE16,001 -17,000	1		1			2
i) ENTRE20,001 -21,000	1					1
j) ENTRE21,001 -22,000	1					1
k) ENTRE22,001 -23,000	1					1
l) NO APORTO EL DATO.		1				1

TABLA 4

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE REPORTARON LOS SIGUIENTES REQUISITOS COMO NECESARIOS PARA INGRESAR AL SERVICIO CON EL NOMBRAMIENTO. QUE POSEEN.

<u>REQUISITOS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ESPECIALIDAD.	2		2	4		8
b) LICENCIATURA Y ESPECIALIDAD.			3		2	5
c) ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.	2					2
d) ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.	1					1
e) LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.	1					1
f) LICENCIATURA, ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.			1		1	2
g) LICENCIATURA, ESPECIALIDAD Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.		1				1

TABLA 5

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE SON SUPERVISADOS POR LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

<u>PROFESIONISTAS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRA.	6	-	6	1	3	16
b) NO ES SUPERVISADO	-	1	-	3	-	4

TABLA 6

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE SUPERVISAN A LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

<u>PROFESIONISTAS.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSICOLOGO	2					2
b) MEDICO GENERAL	1					1
c) PSIQUIATRA			1			1
d) PSICOLOGO Y TRABAJADOR SOCIAL			3		3	6
e) TRABAJADOR SOCIAL Y ENFERMERA	1					1
f) PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL Y - ENFERMERA	1		1			2
g) PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL Y - MAESTRO ESPECIALIZADO.				2		2
h) NO SUPERVISA	1	1	1	2		5

TABLA 7

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE PARTICIPAN EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES GENERALES.

<u>FUNCIONES.</u>	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ASISTENCIA	1		1			2
b) ASISTENCIA Y DOCENCIA				2		2
c) ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACION.	2					2
d) ASISTENCIA, DOCENCIA Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE			1	1	1	3
e) ASISTENCIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE	3	1	4	1	2	11

TABLA 8

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES -
PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON ASISTENCIA.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO	2	1	4	3		10
b) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO.	3			1		4
c) ENTREVISTAS, APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO.			1			1
d) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, APLICACION DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO.			1		3	4
e) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO Y LISTAS DE CHEQUEO CONDUCTUAL.	1					1
<hr/>						
PARA CUMPLIR CON DOCENCIA.	A	B	C	D	E	TOTAL
a) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION	1					1
b) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL.	1					1
c) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.				1		1
d) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A MAESTROS.			1			1
e) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y A PADRES.	1					1
f) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.				1		1
g) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y PADRES.	1					1
h) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES.				1		1
i) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS.		1				1
j) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS.				1		1

	A	B	C	D	E	TOTAL
k) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y A PADRES, Y FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
l) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1	1		2
m) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A MAESTROS, Y FUERA DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.					1	1
n) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES, MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
ñ) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, PADRES Y MAESTROS, Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES, MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.	1					1
o) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1		1	2
p) NO PARTICIPA EN DOCENCIA.	1		1			2

CONTINUA TABLA 8

PARA CUMPLIR CON INVESTIGACION:	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) DISEÑO	1					1
b) RECOPIACION DE DATOS.	1		1		1	3
c) EVALUACION DE DATOS.				1		1
d) DISEÑO Y RECOPIACION DE DATOS.			1			1
e) RECOPIACION DE DATOS, EVALUACION DE LOS MISMOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	1					1
f) RECOPIACION DE DATOS, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS MISMOS, Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.			1		1	2
g) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, ANALISIS Y EVALUACION DE LOS MISMOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	1					1
h) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS DE LOS DATOS, EVALUACION DE LOS MISMOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.		1	1			2
i) DISEÑO, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS Y EVALUACION DE DATOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	1					1
j) NO PARTICIPA EN INVESTIGACION.	1		2	3	1	7

CONTINUA TABLA 8

 PARA CUMPLIR CON LOS SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ORIENTACION A PADRES				1		1
b) ORIENTACION A MAESTROS.	1		1		1	3
c) ORIENTACION A ADOLESCENTES.	1					1
d) ORIENTACION A PADRES Y MAESTROS.			1			1
e) ORIENTACION A PADRES Y ADOLESCENTES.			1	1		2
f) ORIENTACION A MAESTROS , PADRES Y ADOLESCENTES.			1		1	2
g) TRATAMIENTO EN LA ESCUELA Y ORIENTACION A PADRES Y ADOLESCENTES.	1					1
h) TRATAMIENTO EN LA ESCUELA Y ORIENTACION A PADRES, MAESTROS Y ADOLESCENTES.			1			1
i) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A PADRES, MAESTROS Y ADOLESCENTES.		1				1
j) NO PARTICIPA EN ESTA FUNCION.	3		1	2	1	7

TABLA 9

NUMERO DE PSIQUIATRAS QUE REALIZAN SU TRABAJO DE LA SIGUIENTE -
MANERA.

	GRUPO					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS - PROFESIONES, LABORANDO CONJUNTA-- MENTE EN EL MISMO PROBLEMA.				3		3
b) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS - PROFESIONES, LABORANDO INDEPENDIEN-- TEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	2					2
c) EN FORMA INDIVIDUAL Y EN EQUIPO - CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION, TRABAJANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1					1
d) EN FORMA INDIVIDUAL EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LA- BORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.		1				1
e) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABO RANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO -- PROBLEMA.			1	1	1	3
f) EN FORMA INDIVIDUAL EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABO RANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MIS MO PROBLEMA.			1			1
g) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION, LABORANDO INDEPENDIENTE MENTE EN EL MISMO PROBLEMA Y EN -- EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFE SIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1			1
h) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MIS- MO PROBLEMA.			1		1	2
i) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABO RANDO INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL - MISMO PROBLEMA; Y EN EQUIPO CON -- PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABO RANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.			1		1	2

CONTINUA TABLA 9

	A	B	C	D	E	TOTAL
j) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1					1
k) EN FORMA INDIVIDUAL EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1			1
l) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION COLABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.						
m) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1					1

DATOS CORRESPONDIENTES A LA TRABAJADORA SOCIAL.

TABLA I

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES ENCUESTADAS:

G R U P O S						1
A	B	C	D	E		TOTAL
4	3	6	5	3	=	21

TABLA 2

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE REPORTARON CORRESPONDENCIA ENTRE SU NOMBRAMIENTO LABORAL Y SU PROFESION

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EL NOMBRAMIENTO LABORAL SI CORRESPONDE CON LA PROFESION.	4	3	6	4	2	20
b) EL NOMBRAMIENTO LABORAL NO CORRESPONDE CON LA PROFESION	0			1	0	= 1

TABLA 3

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE PERCIBEN MENSUALMENTE - LOS SIGUIENTES SUELDOS.

SUELDOS	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) MENOS DE 5,000		2		4		6
b) ENTRE 5,001 - 6,000		1	2	1	2	6
c) ENTRE 6,001 - 7,000			4		1	5
d) ENTRE 7,001 - 8,000	2					2
e) ENTRE 9,001 -10,000	1					1
f) ENTRE 11,001 -12,000	1					1

TABLA 4

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE REPORTARON LOS SIGUIENTES REQUISITOS COMO NECESARIOS PARA INGRESAR AL SERVICIO CON EL - NOMBRAMIENTO QUE POSEEN.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) NIVEL TECNICO	2		1			3
b) PASANTE			1	2		3
c) LICENCIATURA			1			1
d) LICENCIATURA, ESPECIALIDAD Y - EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.	1					1
e) NIVEL TECNICO ESPECIALIDAD	1	1	1		1	4
f) LICENCIATURA, ESPECIALIDAD		1	1		1	3
g) NIVEL TECNICO, LICENCIATURA Y ESPECIALIDAD.		1	1		1	3
h) NIVEL TECNICO Y SER PASANTE.				2		1
i) LICENCIATURA Y EXPERIENCIA DE MAS DE 2 AÑOS.				1		1

TABLA 5

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE SON SUPERVISADAS POR LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) PSIQUIATRA.	2		1		1	4
b) TRABAJADORA SOCIAL.	2	1	3	3	2	11
c) MEDICO GENERAL.			1			1
d) PSICOLOGO				1		1
e) NO SON SUPERVISADAS.		2	1	1		4

TABLA 6

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE PARTICIPAN EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES GENERALES.

FUNCIONES.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ASISTENCIA			1			1
b) ASISTENCIA Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE				1		1
c) ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACION.	1					1
d) ASISTENCIA, DOCENCIA Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE				2		2
e) ASISTENCIA, DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.	3	3	5	2	3	16

TABLA 7

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES -
ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON ASISTENCIA.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ENTREVISTAS.			1			1
b) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO	1					1
c) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO.	1		2	1	1	5
d) ENTREVISTAS, TRATAMIENTO, DIAG NOSTICO, LISTAS DE CHEQUEO CON DUCTUAL.	1					1
e) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, TRATA- MIENTO, DIAGNOSTICO.	1	2	1		1	5
f) ENTREVISTAS, DIAGNOSTICO.		1		1		2
g) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, DIAG- NOSTICO.			1		1	2
h) ENTREVISTAS, ENCUESTAS.			1	1		2
i) ENTREVISTAS, APLICACION DE PRUE BAS PSICOLOGICAS, DIAGNOSTICO				1		1
j) ENTREVISTAS, ENCUESTAS, TRATA- MIENTO, DIAGNOSTICO, LISTAS DE CHEQUEO CONDUCTUAL.				1		1

CONTINUA TABLA 7

PARA CUMPLIR CON DOCENCIA.	A	B	C	D	E	TOTAL
a) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL.	1					1
b) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.		1		1		2
c) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES.	2	1		1		4
d) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A MAESTROS.	1					1
e) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION E IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.		1				1
f) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.				1		1
g) IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL, Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES.			1			1
h) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y FUERA DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
i) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES A MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1		1	2
j) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A PERSONAL, MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
k) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PERSONAL Y A PADRES Y FUERA DE LA INSTITUCION A MAESTROS Y A PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1			1
l) RECIBE CURSOS DE ACTUALIZACION, IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A PADRES Y MAESTROS Y FUERA DE LA INSTITUCION A PADRES, MAESTROS Y PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES.			1		1	2
m) NO PARTICIPA EN DOCENCIA.			1	2		3

CONTINUA TABLA 7

PARA CUMPLIR CON INVESTIGACION.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) RECOPIACION DE DATOS.	2					2
b) RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES	1					1
c) DISEÑO Y RECOPIACION DE DATOS.		1				1
d) RECOPIACION DE DATOS Y ANALISIS DE LOS MISMOS.		1		1		2
e) RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES ANALISIS DE EVALUACION DE LOS DATOS, ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.			1			1
f) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS DE DATOS, EVALUACION DE LOS MISMOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.			2		2	4
g) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL, ANALISIS Y EVALUACION DE DATOS Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	1		1			2
h) DISEÑO, RECOPIACION DE DATOS, MANIPULACION EXPERIMENTAL, RECOPIACION DE DATOS EXPERIMENTALES, ANALISIS Y EVALUACION DE DATOS, Y ELABORACION DEL REPORTE FORMAL.	1		2		1	4
i) NO PARTICIPA EN INVESTIGACION.			1	3		4

CONTINUA TABLA 7

 PARA CUMPLIR CON LOS SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) ORIENTACION A PADRES Y ADOLESCENTES.			1			1
b) ORIENTACION A MAESTROS Y A PADRES.				1		1
c) ORIENTACION A PADRES, MAESTROS Y ADOLESCENTES.			1		1	2
d) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS, PADRES Y ADOLESCENTES.	2	2	3	1	2	10
e) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A PADRES Y ADOLESCENTES.		1				1
f) TRATAMIENTO EN EL HOGAR, ORIENTACION A MAESTROS Y PADRES.				1		1
g) TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA, ORIENTACION A MAESTROS Y PADRES.	1			2		3
h) NO PARTICIPA EN ESTA FUNCION.	1		1			2

CONTINUA TABLA 7

PARA CUMPLIR CON SEGUIMIENTO.	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION.	1					1
b) VISITAS DOMICILIARIAS.		1	2	1		4
c) ENVIO DE CUESTIONARIOS	1					1
d) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, VISITAS DOMI CILIARIAS.	1		3	2	2	9
e) CITAS SUBSECUENTES DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, VISITAS DOMICILIA- RIAS Y ENVIO DE CUESTIONARIOS.	1					1
f) NO PARTICIPA EN SEGUIMIENTO.		2	1	2	1	6

REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) MECANOGRAFIA REPORTES.	1		2		1	4
b) RECOPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTI- CAMENTE.	1		2	1	1	5
c) MECANOGRAFIA REPORTES Y RECOPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTICAMENTE.		2				2
d) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS, RE- COPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTI- CAMENTE.				1		1
e) ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS Y RE- COPILA Y MANEJA DATOS ESTADISTI- CAMENTE Y MECANOGRAFIA REPORTES.	1	1	1	1	1	5
f) NO REALIZA ACTIVIDADES ADMINISTRA- TIVAS.	1		1	2		4

TABLA 8

NUMERO DE TRABAJADORAS SOCIALES QUE REALIZAN SU TRABAJO DE LA SIGUIENTE MANERA:

	GRUPOS					TOTAL
	A	B	C	D	E	
a) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION TRABAJANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.	1					1
b) EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			2	2	1	5
c) EN EQUIPO CON PERSONAL DE LA MISMA PROFESION LABORANDO CONJUNTAMENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1			1
d) EN EQUIPO CON COLEGAS DE LA MISMA PROFESION TRABAJANDO INDEPENDIENTEMENTE EN EL MISMO PROBLEMA, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO EN FORMA INDEPENDIENTE EN EL MISMO PROBLEMA,	1	1	1	1		4
e) EN FORMA INDIVIDUAL, EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES TRABAJANDO CONJUNTAMENTE SOBRE EL MISMO PROBLEMA.	2	2	1	1	1	7
f) EN FORMA INDIVIDUAL, Y EN EQUIPO CON PERSONAL DE OTRAS PROFESIONES LABORANDO INDEPENDIENTE EN EL MISMO PROBLEMA.			1	1	1	3

DISCUSION.

Como podemos observar a través de las tablas, los pro fesionistas que siempre presentan correspondencia entre su -- nombramiento laboral y su profesión son los psiquiatras. Por lo que respecta al suelo, es el psiquiatra el profesionista mejor pagado, le sigue el psicólogo, después la trabajadora social y finalmente la enfermera; es, así mismo, el psiquia-- tra quien regularmente es reportado como supervisor del resto de los profesionistas, y cuando él recibe supervisión, el - - 100% de las ocasiones ésta es administrada por otro colega, - nunca por un profesionalista diferente; la trabajadora social - al menos en un 50% de los casos supervisa a colegas pero nunca a otro tipo de profesionalistas; y el psicólogo sólo en un 14% supervisa a colegas, y en un 3.5% supervisa a maestros espe-- cializados o a educadoras. Estos datos parecen indicar que; - jerárquicamente, es el psiquiatra quien ocupa el lugar más -- importante en el campo de la salud mental. Por un lado esto - podría explicarse por el hecho de que para ingresar en el ser vicio la enfermera y la trabajadora social sólo necesitan, co mo mínimo poseer nivel técnico, el psicólogo en un 39% de los casos el requisito mínimo es ser pasante, en el 28.% se le -- exige la licenciatura y sólo en un 32% de los casos se reportó como necesaria la experiencia; por el contrario, al psi--- qui atra en un 86% de los casos se le exige como mínimo la es pecialidad, y en el 71.4% de los casos es además necesaria la experiencia de 2 años o más.

Como un punto adicional se le preguntó al psicólogo - cuál es la razón por la cual su nombramiento laboral no corres ponde con su profesión, y su respuesta fué que si correspon-- diera, el suelo sería menor. Todo lo anterior nos indica que en este tipo de instituciones, el psicólogo no está teniendo el lugar que le corresponde como profesionista cuya prepara-- ción curricular lo capacita para tener una participación de calidad en la solución y prevención de problemas relacionados con desórdenes conductuales.

Por lo que respecta a las actividades que realizan para cumplir con las diferentes funciones: para cumplir con asistencia, la enfermera realiza entrevistas y tratamiento en un 62.5% de los casos; la trabajadora social realiza entrevistas en un 100% de los casos, y emite diagnóstico en el 70% de ellos.

Por lo que respecta a Docencia, el 25% de las enfermeras no participan en esta función, del número restante, el 71% recibe e imparte cursos dentro de la institución; el 14.28% de las trabajadoras sociales no participan en docencia, del número de casos restante, el 12.5% imparte cursos dentro de la institución y el 50% recibe e imparte cursos dentro de la institución. El 20% de los psiquiatras no participa en Docencia, del número restante de ellos, el 47.05% recibe cursos de actualización, imparte cursos dentro de la institución (principalmente al personal), e imparte cursos fuera de la institución ya sea a padres, maestros o a personal de otras instituciones; el 23.53% sólo recibe cursos, y el 29.42% restante sólo imparte cursos dentro de la institución. El Psicólogo, en el 76.4% de los casos recibe cursos de actualización e imparte cursos dentro de la institución ya sea a personal, padres o maestros; consideramos que esta actividad es de gran importancia y que el psicólogo puede realizar una labor más productiva en la preservación de la salud mental, aún a nivel de prevención, si de manera sistemática imparte cursos ya sea dentro o fuera de la institución a padres, maestros, y/u otros profesionistas que de alguna manera se encarguen o puedan encargarse de la educación de la población.

Para el cumplimiento de la función de investigación, el 80% de las trabajadoras sociales y el 62.5% de enfermeras que participan, lo hacen a un nivel de recopilación de datos, lo que probablemente indica un simple seguimiento de instrucciones. Del 65% de psiquiatras que participan en Investigación, el 60% de ellos reporta participar en la elabo

ración del diseño de investigación. El psicólogo participa en investigación sólo en un 67.8% de los casos de los cuales el 64.28% realiza recopilación de datos y sólo el 42.85% participa en diseño y en evaluación de datos. Lo anterior constata la posición jerárquicamente superior del psiquiatra, ya que en su mayoría reportan ser los diseñadores de las actividades realizadas en investigación. La formación curricular del psicólogo demuestra que este profesionista cuenta con las herramientas teóricas y metodológicas que lo capacitan para realizar investigación de una manera efectiva, participando inclusive en equipos multidisciplinarios de investigación.

Los Servicios en el Medio Ambiente del Paciente es la función en la que mayor participación tienen las trabajadoras sociales, en el 55.55% de los casos dan tratamiento en el hogar, o en la escuela; y orientan a maestros, a adolescentes o a padres; la enfermera es el profesionista que mayor participación tiene en esta función, sólo el 25% reporta realizar tratamiento en el hogar o en la escuela y orientar ya sea a maestros, a padres o a adolescentes; el psiquiatra reporta en un 30% de los casos dar tratamiento en la escuela o en el hogar y orientar a diferentes tipos de personas; el psicólogo en un 47.8% de los casos realiza también ambas actividades. Por lo tanto, ésta parece ser, al igual que Investigación, una de las funciones más descuidadas en este tipo de centros. Consideramos que el proporcionar servicios efectivos en el medio ambiente del paciente constituye una estrategia potencialmente poderosa para la solución de problemas de salud mental tanto a nivel de asistencia como de investigación y prevención.

Por lo que concierne a seguimiento, que es una actividad auxiliar de Asistencia e Investigación, los resultados indican que no se realiza de una manera formal ni óptima, ya que de los 3 tipos de profesionistas que reportan hacerlo, -

el psicólogo y el psiquiatra lo hacen por medio de citas subsecuentes del paciente en la institución, y sólo el 50% de las trabajadoras sociales realizan visitas domiciliarias. Esta es una actividad que para que arroje resultados óptimos precisa ser llevada a cabo en el medio ambiente natural del paciente. Su importancia es considerable ya que constituye una valiosa fuente de retroalimentación para evaluar el tratamiento aplicado al paciente y asegurar el mantenimiento de los objetivos alcanzados. En qué contexto es conveniente que el paciente desarrolle y manifieste conductas "deseables"? - obviamente en el contexto en que se desenvuelve diariamente, en la comunidad de la que forma parte, por lo tanto, la situación ideal para evaluar su conducta se presenta en su ambiente, y no en una situación de aislamiento. El seguimiento debiera realizarse por medio de visitas domiciliarias, a la escuela, en general, visitas a la comunidad. Sugerimos que la realización de esta actividad debiera sistematizarse.

Por el contrario, en lo que respecta a Actividades Administrativas, la enfermera, la trabajadora social y el psicólogo realizan regularmente varias actividades de este tipo, no así el psiquiatra de quienes sólo el 55% realiza este tipo de actividades; de cualquier manera, sugerimos que el personal administrativo sea quien se dedique íntegramente a las actividades administrativas que son necesarias e importantes pero que no deben ser realizadas por personal técnico, ya que le restan tiempo para una mejor realización de las actividades que le son propias.

Finalmente, encontramos que la manera en que realizan sus actividades estos profesionistas no presentan ninguna uniformidad, trabajan tanto individualmente como en equipo con sus diferentes modalidades de una manera indistinta, probablemente ésto redunde en perjuicio del paciente ya que éste algunas veces recibirá un tratamiento más integral y otras lo recibirá parcial sin ningún criterio objetivo para ello. Por otro lado ésto puede ser un indicador de cierta desorganización interna respecto a la manera óptima de realizar el trabajo.

En un principio se programó que el análisis de los datos se realizara con computadora, debido a ello fué que elaboramos preguntas codificables, y códigos de codificación, pero por problemas en el servicio de la computadora, nos vimos en la necesidad de realizar la computación de los datos manualmente; aunque, consideramos conveniente dejar pendiente la --realización de un análisis más profundo posteriormente.

CONCLUSION.

Consideramos que el modelo de funcionamiento utilizado por los centros encuestados no posee las características óptimas para prestar un servicio adecuado. Una de las inconveniencias más importantes radica en el hecho de que los profesionistas que trabajan en el campo de la salud mental no desarrollan el total de las habilidades para las que son capacitados, ésto implica que no aportan lo óptimo para beneficio del paciente.

Debe tenerse presente, que esta Investigación forma --parte de trabajos preliminares para obtener un sistema de trabajo óptimo para el Area de Psicología en el Instituto Nacional de Salud Mental.

C A P I T U L O I V

PROPOSICION DE UN SISTEMA DE TRABAJO
PARA EL AREA DE PSICOLOGIA EN EL ---
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL.

En este capítulo presentamos la proposición de un sistema de trabajo que definan la estructura, objetivos y funciones del área de Psicología en el Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.S.M.)

Estamos conscientes de que el sistema que proponemos constituye un ambicioso proyecto a largo plazo y para que lo integre al Instituto es probable que se interpongan grandes vicisitudes, sin embargo, consideramos que el psicólogo podrá superarlas gracias a que en su formación profesional adquiere el enfoque de la metodología científica para investigar, estudiar, analizar y evaluar la conducta humana estando en condiciones de proponer cambios en su beneficio; y que a fin de cuentas los logros que se obtengan redundarán en beneficio de la salud mental.

El I.N.S.M. brinda al psicólogo una gran oportunidad para el desarrollo de su profesión, ya que "Es una tribuna donde las personas interesadas en la salud mental pueden hacer aportaciones o recibir conocimientos. Es un semillero donde los jóvenes tendrán la oportunidad de explorar caminos de la Investigación aún vírgenes, pero plenos de alternativas constructivas" (1).

Ahora, partiendo del objetivo principal del Instituto, que es la "Investigación de las causas, distribución y tratamiento de las alteraciones de la salud mental de los niños y jóvenes. Consideramos que el psicólogo puede participar efi-

- 1.- Velasco, A.J. La Salud Mental del Niño, Estado Actual y Proyección Futura. Trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Pediatría, Acapulco, Gro. México 1978.
- 2.- Ibid. p.p. 10.

El objetivo del área de Psicología será:

Coadyuvar al I.N.S.M., en la Investigación de las causas, distribución, tratamiento y prevención de las alteraciones de la salud mental, de los niños y jóvenes, en lo referente a sus componentes psicológicos.

La jefatura del área deberá estar a cargo de un psicólogo que por lo menos tenga el grado de Maestría en Psicología y sus funciones serán las siguientes:

- a) Coordinar y supervisar las actividades que de desarrollen dentro del área.
- b) Coordinarse con los demás departamentos y servicios del Instituto para cumplir con los objetivos del mismo.
- c) Fomentar y contribuir al establecimiento de convenios con diversas instituciones educativas y de salud.
- d) Presidir el Consejo Interno de Planeación y Evaluación.

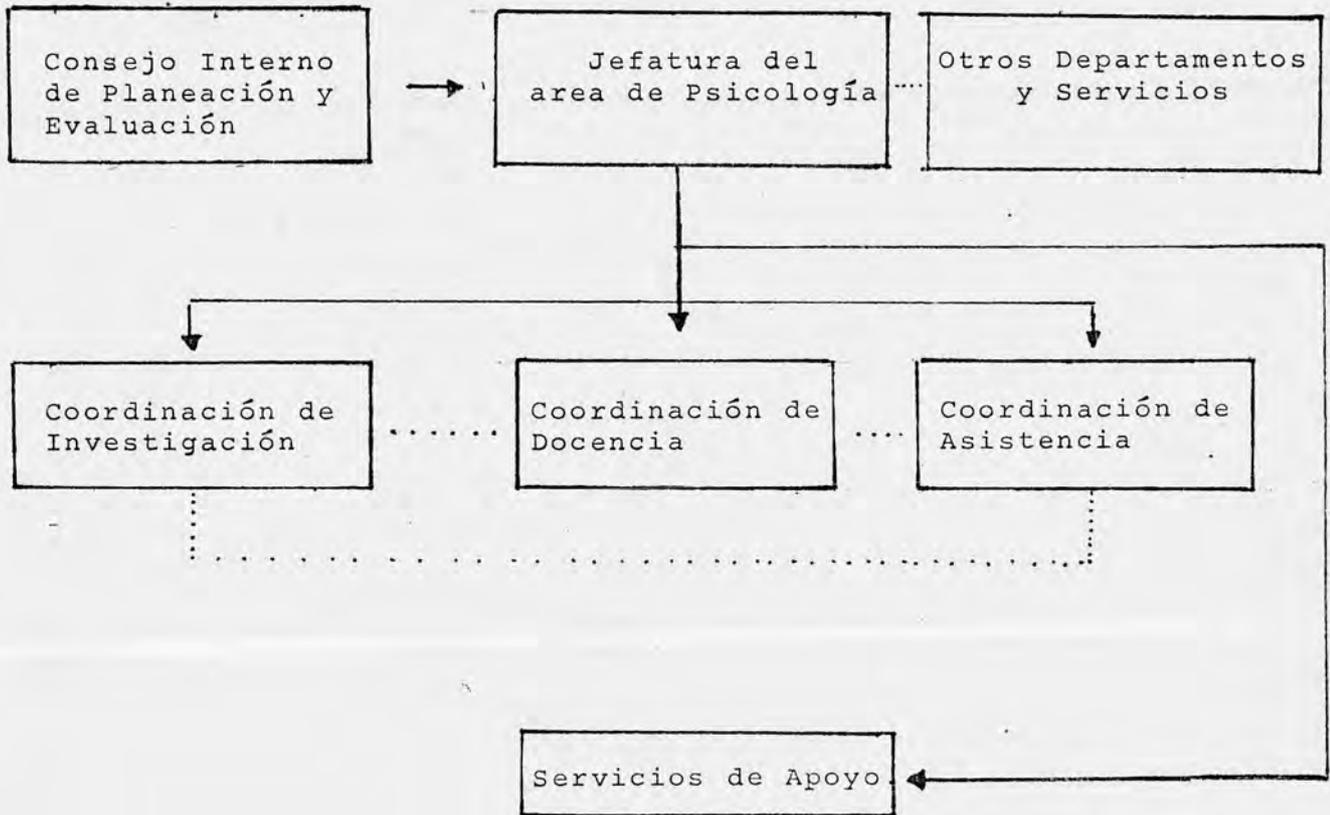
El Consejo Interno de Planeación y Evaluación, estará integrado por el Jefe del Area y los Coordinadores de Investigación, Educación y Asistencia, sus funciones serán las siguientes:

- a) Diseñar el plan de actividades del área.
- b) Recibir y jerarquizar las proposiciones de Investigación - que se envíen al Consejo.
- c) Autorizar la publicación y divulgación de las investigaciones y trabajos realizados por el área.
- d) Diseñar los programas de educación de la Coordinación de Docencia.
- e) Diseñar e implementar un sistema de evaluación que permita ratificar o rectificar las actividades que se lleven a cabo para el cumplimiento de las metas establecidas.

modelo (inicial) de trabajo para la Coordinación de Investigación. Es necesario señalar que la siguiente presentación es un modelo inicial de trabajo y su objetivo es generar -- observaciones, discusiones, críticas y sugerencias para lograr integrar un modelo completo, eficiente y de alta calidad.

cazmente y con una alta calidad en la Investigación, la Educación y la Asistencia, que son las tres principales áreas de -- trabajo necesarias para el cumplimiento del objetivo mencionado.

A partir de estas consideraciones proponemos el siguiente organigrama para el área de Psicología.



LA COORDINACION DE INVESTIGACION.

La Investigación es la piedra angular de la Ciencia -- porque de ella depende en gran parte su progreso y su carácter autocorrectivo.

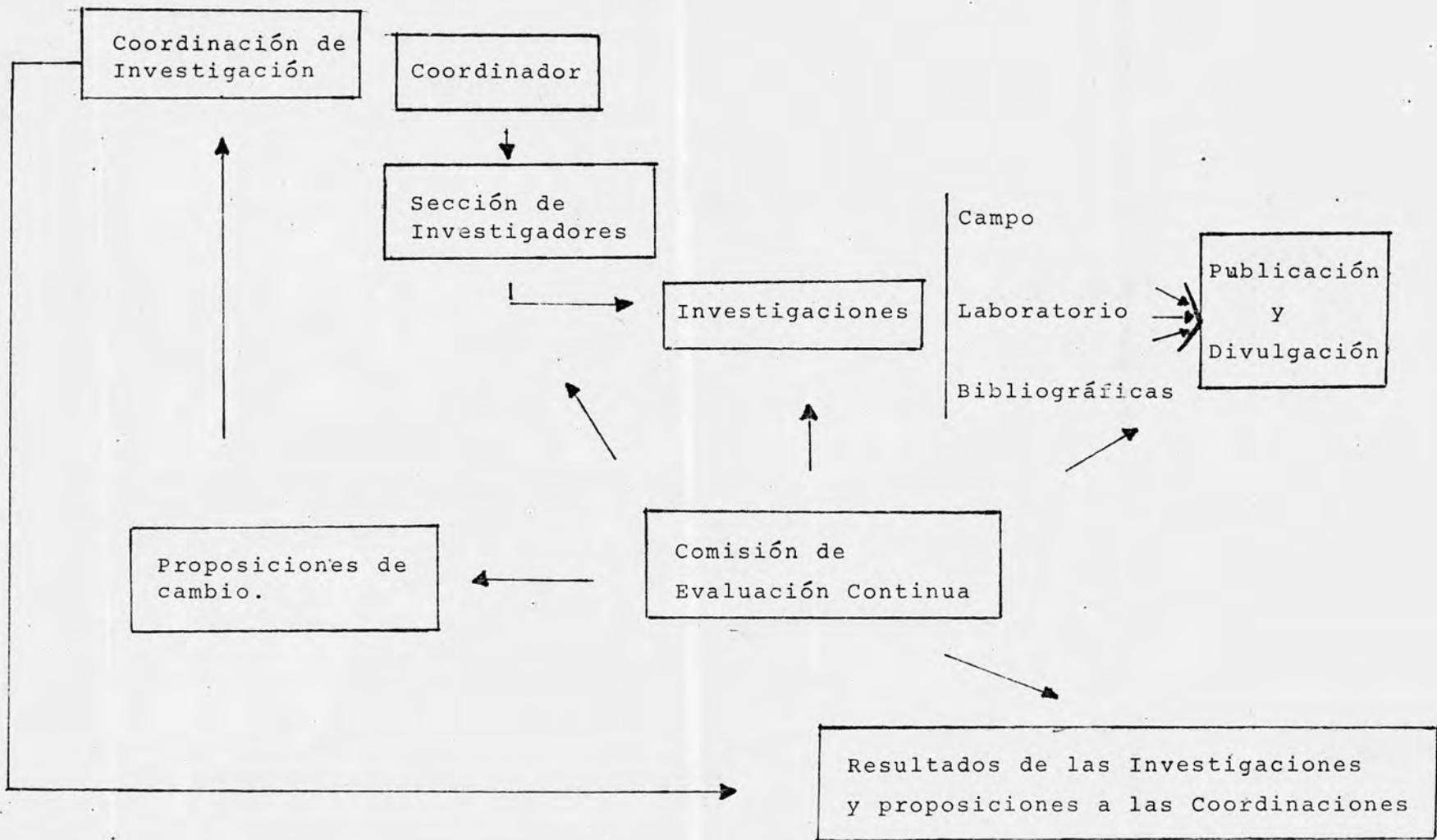
Las Investigaciones de las Ciencias relacionadas con la salud han realizado una búsqueda incansable de soluciones para los problemas que afectan y preocupan a la humanidad, -- uno de los resultados mas importantes de esta búsqueda se manifiesta en el incremento del bienestar físico del ser humano, ya que enfermedades que alguna vez se consideraron incurables y que cusaban la muerte o la invalidez de una porción considerable de la población, en la actualidad pueden ser curadas, -- más aún, varias de ellas pueden incluso ser prevenidas.

Sin embargo, los problemas de la salud no han sido resueltos en su totalidad, el campo de la salud es dinámico y -- es por eso necesario indagar sus cambios y sus repercusiones en la humanidad. Se tiene que continuar realizando Investigaciones bibliográficas, de laboratorio y de campo, de modo que sea posible seguir atacando estos problemas.

Sugerimos que se considere en forma especial la Investigación de campo, que se analice y evalúe este tipo de Investigación en el ámbito de la salud, sugerimos también que se consideren los problemas que han resuelto países como Suecia, E.U. y Cuba al realizar sus Investigaciones de campo. Estas sugerencias se hacen con el fin de que el Instituto ponga énfasis en esta modalidad de Investigación.

Mediante la Investigación se pueden consolidar, corregir, perfeccionar e incrementar el acervo de conocimientos -- acerca de la salud mental en nuestro país, lo que puede ser aprovechado por las Instituciones que se dediquen a esta área para ofrecer servicios suficientes y eficientes a la sociedad.

Partiendo de estos argumentos proponemos el siguiente



La Coordinación de Investigación tendrá los siguientes objetivos.

- a) Incrementar el acervo de conocimientos psicológicos en el campo de la salud mental.
- b) Diseñar programas de actividades orientadas a la detección, prevención y tratamiento de las alteraciones de la salud mental en la comunidad.
- c) Proponer métodos, procedimientos y técnicas a las coordinaciones de Asistencia y Docencia para que logren ofrecer un mejor servicio.
- d) Proponer nuevos servicios de Psicología y de otras áreas relacionadas con la salud mental.

La Coordinación deberá estar a cargo de un Psicólogo - Experimental y sus funciones serán las siguientes:

- a) Participar en las actividades del Consejo Interno de Planeación y Evaluación.
- b) Supervisar el cumplimiento de los convenios de Investigación con otras Instituciones.
- c) Fomentar la participación de profesionistas de otras áreas relacionadas a la salud mental para integrar grupos multidisciplinarios de Investigación.
- d) Coordinarse con las secciones de Docencia y Asistencia para el establecimiento de programas de trabajo conjuntos.
- e) Coordinar y supervisar las actividades que se desarrollen en la Coordinación.

Sección de Investigadores.

Estará integrada por psicólogos experimentales, educativos, sociales y clínicos, y como auxiliares, por pasantes que estén realizando su servicio social; sus funciones serán las siguientes:

- a) Participar en el diseño de las Investigaciones.
- b) Elegir o desarrollar los materiales necesarios para la implementación de la Investigación.

- c) Correr la Investigación.
- d) Realizar el análisis de los datos y la conclusión de la Investigación.
- e) Realizar el reporte formal.

· La Comisión de Evaluación Continua.

La Coordinación cuenta con un mecanismo que tiene el nombre de Comisión de Evaluación Continua, deberá estar integrado por un grupo Interdisciplinario dedicado a la Investigación de la salud mental y será designado por el director del Instituto.

Esta comisión tiene el objetivo de evaluar el proceso y los resultados del trabajo de la Coordinación y proponer ajustes, reformas y cambios para cubrir las deficiencias detectadas.

LA COORDINACION DE DOCENCIA

En la actualidad la cantidad de profesionistas para cubrir la gran demanda de servicios de salud mental, es insuficiente, es por eso necesario buscar estrategias que -- nos indiquen como solucionar esta difícil situación.

Podemos señalar que una labor indispensable, es continuar capacitando a profesionistas especializados en el - área de salud mental, paralelamente a lo anterior, una solución alternativa es que los profesionsitas preparados capaciten a padres, educadoras, maestros y a otras personas_ que se encarguen o se puedan encargar de la educación de - los niños y adolescentes, a fin de desarrollar procedimientos que ofrezcan servicios suficientes y eficaces.

Además de que el capacitar a estas personas ayuda a satisfacer la demanda social de servicios de salud mental_ encontramos otras ventajas de gran magnitud, sí se aplica_ esta estrategia, para atacar las alteraciones de salud mental.

Dentro de la familia, los padres desarrollan conductas que son imitadas por sus hijos, debido a ello es muy - recomendable que el comportamiento de los padres sean modelos de conducta para sus niños, de tal forma que ellos puedan alcanzar un nivel de desarrollo físico, mental y so--- cial en beneficio de sí mismos y de la sociedad.

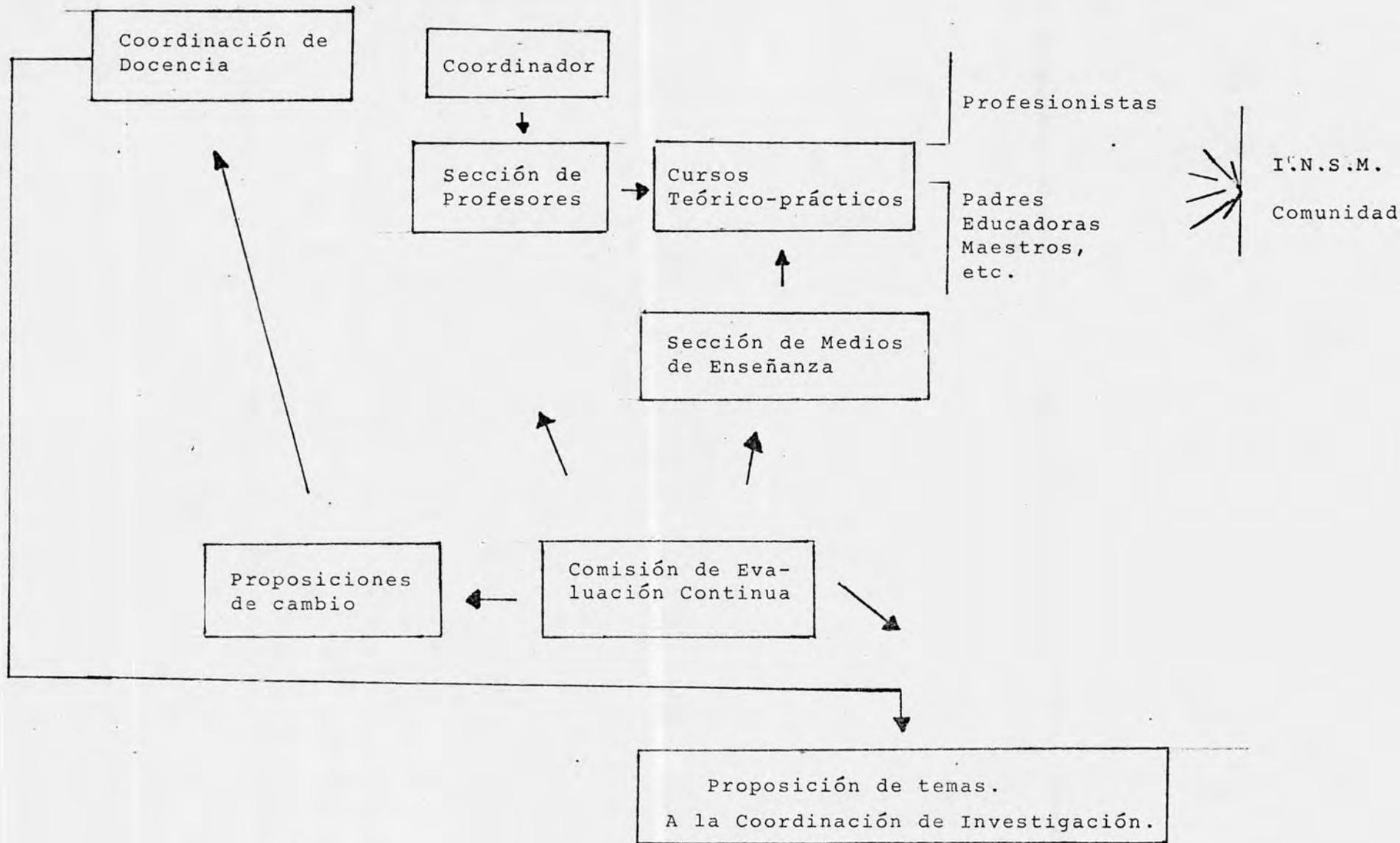
Sin embargo, los índices de morbilidad nos indican_ que un alto porcentaje de las alteraciones de salud mental, se originan en el ámbito familiar (Velasco A.J. comunicación personal), esto probablemente nos indica que los pa-- dres no incluyen técnicas efectivas en la educación de sus hijos, por eso si los padres estuvieran capacitados y fueran más diestros en el cuidado de sus hijos podrían prevenirse o superarse gran número de estas alteraciones de salud mental.

En el ámbito preescolar los niños manifiestan conductas que son vitales para su desarrollo, por lo tanto es necesario que estén bajo una observación sistemática por parte de los responsables de este ámbito; son las educadoras quienes en este contexto pueden llegar a jugar un papel muy importante dentro del campo de la salud mental infantil, pues si estuvieran capacitadas en esta área tendrían una preparación sólida, objetiva y aplicable con la cual podrían preservar la salud mental del infante, evitándole situaciones que pudieran ocasionarle trastornos en su desarrollo y proporcionándole condiciones adecuadas para un desarrollo óptimo; además, estarían en condiciones de detectar tempranamente cualquier alteración de la salud mental, lo cual es muy oportuno ya que mientras más temprano se detecte el problema existe una mayor probabilidad de controlarlo; otra actividad que puede realizar la educadora, si el caso lo permite, es dar algún tratamiento (bajo la supervisión de un especialista) en su ámbito preescolar lo cual coloca al niño en una situación ideal para que se integre a su ambiente natural.

Si los maestros de la escuela de nivel básico y medio básico, estuvieran capacitados en el área de salud mental, podrían fomentar la preservación de ésta, detectar manifestaciones de conductas desviadas del desarrollo y enviar a los alumnos a los lugares adecuados para resolver el problema, podrían también participar en el tratamiento designado a sus alumnos, podrían formar grupos especiales para estos niños y adolescentes. Esta participación del maestro es vital porque coadyuvaría a cumplir el importante objetivo de las Instituciones de salud mental que es enseñar a los niños y adolescentes a vivir en su medio ambiente natural, a adquirir destrezas sociales, y llegado el momento, a alcanzar una capacitación vocacional y académica para el trabajo, con el fin de que sean miembros útiles en su comunidad.

Con base en los argumentos anteriores proponemos el si

guiente modelo de trabajo para la Coordinación de Docencia. Es necesario señalar que la siguiente presentación es un modelo inicial de trabajo y su objetivo es generar observaciones, discusiones, críticas y sugerencias para lograr inte--grar un modelo completo, eficiente y con una alta calidad.



La Coordinación de Docencia tendrá el siguiente objetivo:

Cooperar en la capacitación profesional especializado en materia de salud mental, así como en la educación de padres, educadoras, maestros y de otras personas que se encarguen o se puedan encargar de la educación de los niños y adolescentes.

La Jefatura deberá estar a cargo de un psicólogo que por lo menos tenga el grado de licenciatura en Psicología Educativa, y las funciones que tendrá que cumplir con las siguientes:

- a) Participar en las actividades del Consejo Interno de Planeación y Evaluación.
- b) Coordinar y supervisar las actividades que se desarrollen dentro de la Coordinación.
- c) Coordinarse con las secciones de Investigación y Asistencia para el establecimiento de programas conjuntos.

Sección de Profesores.

Estará integrada por psicólogos educativos, experimentales, sociales, clínicos y como ayudantes de profesor para los programas de educación a padres, maestros, etc. por pasantes que estén realizando su servicio social; sus funciones serán:

- a) Impartir cursos teórico-prácticos a profesionistas especializados en el área de salud mental.
- b) Impartir cursos teórico-prácticos a padres, educadoras, maestros, etc.
- c) Evaluar los cursos.
- d) Proponer cambios a las deficiencias encontradas en el curso.

Sección de Métodos y Medios de Enseñanza.

Como ha sido señalado por Brown, Lewis y Harclerod (1977), los recursos que se emplean para el proceso de enseñanza-aprendizaje afectan la eficacia del mismo, por lo tanto proponemos que exista una sección de medios y métodos de enseñanza para optimizar el aprendizaje de los cursos.

Esta sección estará integrada por psicólogos educativos y sus funciones serán:

- a) Seleccionar las experiencias de aprendizaje adecuadas a cada grupo.
- b) Seleccionar las instalaciones físicas óptimas para concentrar en ellas las experiencias de aprendizaje.
- c) Seleccionar los materiales y equipos adecuados para dar apoyo a las experiencias de aprendizaje.
- d) Supervisar la implementación de los puntos anteriores.

Los cursos podrán ser impartidos en el Instituto o en varios escenarios de la comunidad como escuelas, centros culturales, centros de recreación, etc.

La Comisión de Evaluación Continua.

La Coordinación cuenta con un mecanismo que tiene el nombre de Comisión de Evaluación Continua, la cual deberá estar integrada por un grupo multidisciplinario dedicado a la docencia de salud mental y será designado por el director del Instituto.

Esta comisión tiene las funciones de evaluar el proceso y los resultados del trabajo de la Coordinación y proponer ajustes, reformas y cambios para cubrir las deficiencias detectadas.

COORDINACION DE ASISTENCIA.

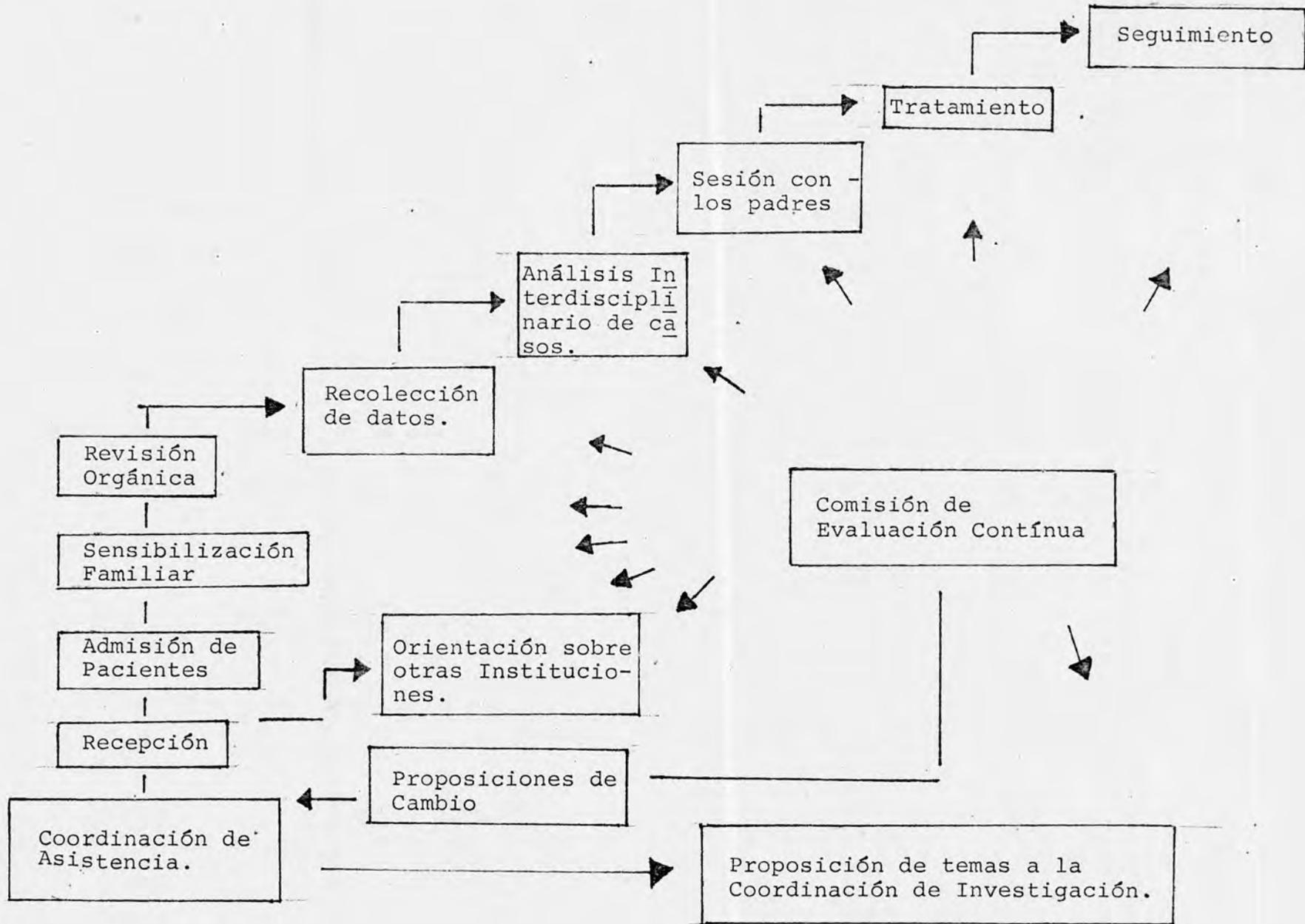
Para lograr un estudio integral del ser humano es necesario que se reúnan profesionistas de diversas disciplinas para integrar grupos multidisciplinarios en los cuales cada uno de los integrantes aportará sus conocimientos para implementar programas óptimos para tratar las alteraciones de salud mental.

Los padres deben estar estrechamente relacionados con la atención institucional que reciban sus hijos; en primer lugar deben recibir una orientación sobre las instituciones de salud mental que ofrecen sus servicios a la comunidad, -- qué problemas son los que pueden atender y los procedimientos para ingresar. Deben también recibir orientación sobre las dimensiones y repercusiones que tiene el problema de su hijo, debe sistematizarse la participación de los padres en el tratamiento de sus hijos.

Es conveniente la existencia del seguimiento, porque mediante él se puede saber si se cumplieron los objetivos -- del tratamiento y si se mantiene el cambio conductual en su medio natural.

En base a los argumentos anteriores proponemos el siguiente modelo de trabajo para la Coordinación de Asistencia, que tiene la característica de ser progresivo ya que cada una de las actividades es ascendente, evitando que se translapen actividades con el fin de que no se pierda dinero, tiempo ni energías.

Es necesario señalar que la siguiente presentación es un modelo inicial de trabajo y su objetivo es generar observaciones, discusiones, críticas y sugerencias para lograr integrar un modelo completo, eficiente y de alta calidad.



LA COORDINACION DE ASISTENCIA.

La Coordinación de Asistencia tendrá el siguiente objetivo: Obtener la información necesaria para estudiar e integrar el proceso dinámico del desarrollo orgánico, familiar y social del paciente, para descubrir los factores responsables de los problemas de aprendizaje, de socialización y --- adaptación que interfieren con el desarrollo infantil normal, y a partir de los resultados diseñar y desarrollar programas de tratamiento que permitan integrar al paciente a un medio ambiente favorable, apropiado a sus características de desarrollo o idealmente integrarlo a su medio ambiente natural.

La Coordinación deberá estar a cargo de un Psicólogo Clínico y sus funciones serán las siguientes:

- a) Participar en las actividades del Consejo Interno de Planeación y Evaluación.
- b) Coordinar y supervisar las actividades que se realizan -- dentro de la misma.
- c) Coordinarse con las secciones de Docencia e Investigación para el establecimiento de programas de trabajo conjuntos.
- d) Supervisar el cumplimiento de los convenios con Institu-- ciones educativas y de salud concernientes con la Coordi-- nación de Asistencia.

Los profesionistas integrantes formarán un equipo interdisciplinario constituido por los siguientes profesionistas: Psicólogos Clínicos, Sociales, Experimentales, Educativos, Psi-- quiatras, Trabajadores Sociales, Maestros Especializados, -- Neurólogos y Pediatras.

Admisión de pacientes.

Para poder ser admitidos dentro de la Coordinación, - los pacientes deberán cumplir con ciertos criterios, aquellos pacientes que no cumplan con éstos pasarán a la Sección de - Orientación sobre otras Instituciones.

Sección de Orientación sobre otras Instituciones.

Estará a cargo de Trabajadores Sociales y su función será: Proporcionar información necesaria y conveniente a -- los familiares acerca de la institución a la que pueden dirigirse para la solución de su problema. Es decir, los padres recibirán indicaciones precisas del procedimiento que deben seguir para poder ingresar a la Institución mas adecuada. Para lograr esto el área establecerá convenios de -- cooperación mutua con las Instituciones que se consideren -- convenientes para tal fin.

Con esta proposición se evitará dejar desprotegido -- de la asistencia profesional al paciente ya que brindando -- este servicio la atención de los padres sobre el problema -- de sus hijos sigue manteniéndose; de otra forma si los padres solo reciben una negativa de admisión a la Institución se hace muy probable que dejen a un lado el caso provocando un problema mayúsculo al niño, a la integración familiar y -- a la sociedad.

En caso de que el paciente haya sido admitido a la -- Coordinación pasará a la Recepción.

Recepción de pacientes.

La recepción estará integrada por recepcionistas, archivistas y secretarias y sus funciones serán:

- a) Brindar el apoyo secretarial que requiera el área.
- b) Mantener el orden de los expedientes de los pacientes y los datos estadísticos del área.
- c) Servir todo lo relacionado a trámites y aprovisionamiento de materiales.

La Sección de Sensibilización Familiar.

Como se ha visto en muchas ocasiones, cuando los padres de un niño con alteraciones de salud mental, no comprenden

den la dimensión y consecuencias del problema éste puede agudizarse y extenderse con el consiguiente perjuicio para el paciente y para quienes con él conviven.

Esta sección estará integrada por un Psicólogo Educativo y su función será orientar a los padres, explicando las dimensiones y consecuencias del problema, hacerles ver la conveniencia de su participación durante el tratamiento y proporcionarles información sobre los cursos que imparte la Coordinación de Docencia a los padres de familia.

Sección de Revisión Orgánica.

El siguiente paso consiste en la revisión completa del desarrollo orgánico del paciente mediante el estudio pediátrico, y si se requiere mediante un estudio neurológico.

Sección de Recolección de Datos.

Después se pasará a la sección de recolección de datos, en la que se trabajará de la siguiente manera: la Trabajadora Social realizará un estudio familiar; el Psicólogo un estudio psicológico; el Maestro Especializado un estudio psicopedagógico; y el Psiquiatra un estudio psiquiátrico.

Cada diferente tipo de estudio ayudará a dictaminar un diagnóstico completo, y con el objeto de cumplir esta actividad de la mejor manera, existirá un mecanismo que regule actividades evitando que éstas se traslapen, es decir, se evitará por completo la repetición de entrevistas con el mismo carácter, de esta manera no se hará perder tiempo al paciente, y se optimizará el servicio haciéndolo ágil y efectivo.

Sección de Análisis Interdisciplinario de Casos.

A continuación, los integrantes de la Coordinación tendrán una sesión interdisciplinaria de análisis de casos en la que se revise y analice el material obtenido por cada uno de los diferentes profesionistas en la sección de recolección de

datos y en la revisión orgánica; el material será llevado a esta sesión interdisciplinaria previamente organizado de modo que sea posible integrarlo y de esa manera llegar a conclusiones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Sesión con los padres o tutores.

Después de que se ha llegado a conclusiones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se efectúa una junta con algunos miembros del personal y los padres o los tutores -- del paciente. En esta "sesión con los padres" se les informa (hasta donde sea conveniente y de una manera adecuada), de los hallazgos clínicos, se explican las conclusiones --- diagnósticas y el tratamiento que se puede aplicar.

Sección de Tratamiento.

El siguiente paso consiste en la aplicación del tratamiento, según el caso, por varios o sólo uno de los miembros de la Coordinación.

Sección de Seguimiento.

Después de terminado el tratamiento, cuando el paciente se desarrolle en un medio ambiente favorable, o idealmente en su ambiente natural, se realizará un seguimiento, el cual consistirá en el registro periódico del desarrollo de la conducta del paciente en su medio ambiente. Este seguimiento se realizará con el fin de asegurar que el paciente ha alcanzado realmente los objetivos meta establecidos para el tratamiento.

Comisión de Evaluación Continua.

Esta Coordinación también cuenta con un mecanismo de evaluación continua, la cual deberá estar integrada por un grupo multidisciplinario dedicado a la asistencia en salud.

mental y será designado por el Director del Instituto.

Esta comisión tiene las funciones de evaluar el proceso y los resultados del trabajo de la Coordinación y proponer ajustes, reformas y cambios para cubrir las deficiencias detectadas.

Sección de servicios de apoyo administrativos.

Estará integrado por secretarias, recepcionistas, archivistas y almacenistas; sus objetivos serán:

- a) Brindar el apoyo secretarial que requiera el área.
- b) Mantener en orden los expedientes de los pacientes y los datos estadísticos del área.
- c) Servir todo lo relacionado a trámites y aprovisionamiento de materiales.

C O N C L U S I O N E S

En esta tesis se realizó una revisión histórica de las Instituciones de salud mental en México desde el hospital de San Hipólito en 1566 hasta la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.S.M.) 1978, también se realizó una revisión bibliográfica del funcionamiento de varios países destacados en años recientes en el campo de la Educación Especial. Posteriormente se reporta una investigación de la estructura y funcionamiento de algunos centros dedicados a la atención de desórdenes conductuales en el D.F. y sus alrededores; por último se propone un sistema de trabajo para el Area de Psicología en el I.N.S.M.

En la investigación se encontró que el sistema de funcionamiento que poseen, no tienen las estructuras apropiadas para prestar un servicio óptimo. Además se encontró también que el psicólogo no desarrolla el total de actividades para las que es capacitado durante su formación profesional.

EL SISTEMA DE TRABAJO PROPUESTO PARA EL AREA DE PSICOLOGIA CONTIENE LAS SIGUIENTES VENTAJAS:

- 1.- Tiene como objetivo final la prevención de las alteraciones de salud mental.
- 2.- Hacen posible la detección y el diagnóstico temprano de factores que van a afectar el desarrollo integral del individuo, en base a esa detección se posibilita el diagnóstico y aplicación del tratamiento adecuados en el tiempo conveniente, de modo que se lleve a cabo una acción terapéutica eficaz, antes que problemas o anomalías secundarias agraben las deficiencias primarias.
- 3.- Proporciona las condiciones para realizar programas tendentes a integrar a su comunidad a los niños con desórdenes conductuales.
- 4.- Permite realizar programas de investigación sobre métodos y materiales pedagógicos a los niños con desórdenes conductuales.

- 5.- Permite la capacitación y el desarrollo del personal especializado en el campo de la Salud Mental y de la Educación Especial.
- 6.- Permite ofrecer una formación teórica y práctica centrado en los métodos para situar a los niños en condiciones favorables para su desarrollo.
- 7.- Permite capacitar a personas dentro de la comunidad para la prevención, detección y tratamiento de las alteraciones de la Salud Mental.
- 8.- Permite trabajar con grupos multidisciplinarios lo cual implica una condición favorable para proporcionar un estudio de enfoque integral.
- 9.- Permite la participación activa y estrecha de los padres en el tratamiento de sus hijos.
- 10.- Orienta a la población sobre el funcionamiento de las instituciones dedicadas a la salud mental a las que pueden acudir para la solución de sus problemas.
- 11.- Permite las relaciones entre departamentos como de instituciones para la solución de problemas en común.
- 12.- Cuenta con un apoyo administrativo adecuado para el desarrollo de actividades profesionales.
- 13.- Tiene un sistema de evaluación tanto interna como externa que le permite hacer ajustes y cambios con el fin de ofrecer un óptimo servicio a la comunidad.

El fin último de nuestro trabajo es contribuir a la salud integral del niño proporcionándole un bienestar físico, social y afectivo.

RECOMENDACIONES.

El contexto social en el que se encuentra el niño con desórdenes conductuales, ejerce una gran influencia sobre de él, es por ello que la estructura institucional es muy importante, si se asegura la atención de los niños deficientes - sin contar con el apoyo de la comunidad y sin preparar planes sistemáticos tendentes a integrarlos en la sociedad, entonces; no habrá por que extrañarse de que los resultados - no sean los esperados; ni de que ellos continúen siendo segregados de la sociedad.

Por otro lado, ciertamente que no existe la estrategia única que sea la panacea de los problemas que afrontamos, la autocrítica y la evaluación constante de nuestro trabajo parecen ser los elementos necesarios para el cumplimiento eficiente de él.

A P E N D I C E

ANEXO N^o 1

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL JEFE DEL SERVICIO

Esta encuesta tiene como objetivo el obtener la información que permita:

- Investigar la organización y funciones de los diferentes servicios de Salud Mental en México, así como el tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios, - las funciones que desempeña y las técnicas y procedimientos que utilizan; al mismo tiempo, conocer el tipo de población atendida y la demanda social de estos servicios.

Agradecemos su colaboración ya que será de gran utilidad para la realización de una Tesis de Recepción Profesional en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esperamos que por medio de los datos que se obtengan, podamos colaborar con su servicio, proporcionándole más tarde los datos obtenidos, si usted así lo solicita; aunque desde luego las fuentes de donde se obtenga información se mantendrán anónimas y los datos se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos.

1.- DATOS DE LA INSTITUCION

- 1.- Nombre _____
- 2.- A qué dependencia pertenece?
- a) Oficial ()
 - b) Particular ()
 - c) Descentralizada ()
- 3.- Cuáles son las funciones generales de la Institución?
- a) Asistencia ()
 - b) Docencia ()
 - c) Investigación ()
 - d) Servicios en el medio ambiente del paciente ()
 - e) Otros (especifique) _____
- 4.- En qué año inició sus servicios la Institución?

II.- DATOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.

- 1.- Qué profesión y especialidad tiene el Jefe del Servicio? _____
- 2.- En que año se inició el Servicio de Salud Mental?

- 3.- Qué subdepartamentos o subservicios integran el Servicio de Salud Mental?
- a) Ninguno ()
 - b) Psiquiatría ()
 - c) Psicología ()
 - d) Trabajo Social ()
 - e) Pedagogía ()
 - f) Enfermería ()
 - g) Antropología Social ()
 - h) Administración ()
 - i) Otros (especifique) _____

4.- Cómo realizan el diagnóstico los integrantes del Servicio?

- a) En forma individual ()
- b) En forma independiente con colegas de la misma profesión ()
- c) En forma conjunta con colegas de la misma profesión ()
- d) Con personal de otras profesiones trabajando sobre un mismo problema al mismo tiempo ()
- e) Otras (especifique) _____

5.- Cómo realizan el tratamiento los integrantes del Servicio?

- a) En forma individual ()
- b) En forma independiente con colegas de la misma profesión ()
- c) Con personal de otras profesiones trabajando sobre el mismo problema al mismo tiempo ()
- e) Otras (especifique) _____

6.- Qué tipo de relación tiene el Servicio de Salud Mental con otros departamentos dentro de la Institución

- a) No tiene ninguna relación ()
- b) La relación es en cuanto a la remisión de pacientes ()
- c) La relación es con fines de docencia ()
- d) La relación es en forma de reuniones periódicas para información general ()

- e) La relación es en forma de reuniones periódicas para la solución de problemas en común. ()
- f) Otras (especifique) _____

7.- Qué relación tiene el Servicio de Salud Mental con otras Instituciones?

- a) No tiene ninguna relación ()
- b) La relación es en cuanto a la remisión de pacientes. ()
- c) La relación es con fines de docencia. ()
- d) La relación es en forma de reuniones periódicas para información general ()
- e) La relación es en forma de reuniones periódicas para la solución de problemas en común. ()
- f) Otras (especifique) _____

IV.- ORGANIZACION INTERNA.

1.- En qué porcentaje son remitidos los pacientes al Servicio por las siguientes personas?

- a) Familiares _____ %
- b) Maestros _____ %
- c) Médico General _____ %
- d) Pediatra _____ %
- e) Clérigo _____ %
- f) Otra Institución _____ %
- g) Otros (especifique) _____ %

2.- Indique los criterios para la admisión de pacientes al Servicio de Salud Mental:

- a) No existen criterios específicos ()
- b) Que el paciente sea de una edad determinada ()
- c) Que el paciente sea susceptible de ser tratado en su medio ambiente natural ()
- d) Que el paciente presente alguna patología específica ()
- e) Que los padres se comprometan a colaborar en el tratamiento ()
- f) Otros (especifique) _____

3.- En el Servicio de Salud Mental, quién recibe a los pacientes en el momento de llegar?

- a) La Recepcionista ()
- b) La Trabajadora Social ()
- c) El Psicólogo ()
- d) El Psiquiatra ()
- e) La Enfermera ()
- f) Otros (especifique) _____

4.- Qué profesionalista atiende al paciente en la primera consulta?

- a) La persona varía entre todos los miembros del personal ()
- b) La Enfermera ()
- c) El Psiquiatra ()
- d) El Psicólogo ()
- e) La Trabajadora Social ()
- f) Otros (especifique) _____

- 5.- Después de la primera consulta, existen criterios o manuales de procedimiento para determinar con qué profesionalista o miembro del Servicio pasará el paciente?
- a) No existen criterios específicos ()
 - b) Si existen criterios específicos ()
 - c) Otros (especifique) _____
-
- 6.- Qué procedimientos se llevan a cabo para establecer el diagnóstico?
- a) Entrevista ()
 - b) Aplicación de baterías de pruebas psicológicas ()
 - c) Estudios de laboratorio ()
 - d) Estudios de gabinete ()
 - e) Registro de repertorios conductuales ()
 - f) Otros (especifique) _____
-
- 7.- Qué profesionalista se encarga de hacer el diagnóstico clínico?
- a) El Psiquiatra ()
 - b) El Psicólogo ()
 - c) El Pediatra ()
 - d) El Médico General ()
 - e) Otros (especifique) _____
-
- 8.- Qué clasificación diagnóstica emplean?
- a) La de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ()
 - b) La de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ()
 - c) La del grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) ()
 - d) La Clasificación Francesa ()
 - e) Ninguna ()
 - f) Otras especifique) _____ ()

9.- Qué instrumentos utilizan para establecer el diagnóstico?

- a) Pruebas Psicométricas ()
- b) Pruebas Proyectivas ()
- c) Cuestionarios ()
- d) Entrevistas ()
- e) Inventarios ()
- f) Escalas de Desarrollo ()
- g) Listas de Chequeo Conductual ()
- h) Otras (especifique) _____

10.- Quién determina el tratamiento que llevará a cabo el profesionalista?

- a) El profesionalista determinará libremente el tratamiento que se aplique al paciente ()
- b) El profesionalista aplicará el tratamiento que determine otra persona ()
- c) El profesionalista determinará con otros profesionalistas el tratamiento adecuado ()
- d) Otros (especifique) _____

11.- A continuación se presenta una lista de profesionalistas, en caso de que lleven a cabo terapias, anota en la columna de la derecha qué tipo de terapia aplica cada uno de ellos:

PROFESIONISTAS

TERAPIAS

- | | |
|---------------------------|-------|
| a) Psiquiatra | _____ |
| b) Psicólogo | _____ |
| c) Trabajador Social | _____ |
| d) Pedagogo | _____ |
| e) Educadora | _____ |
| f) Pediatra | _____ |
| g) Médico General | _____ |
| h) Terapeuta del Lenguaje | _____ |
| i) Terapeuta Ocupacional | _____ |

- j) Terapeuta Físico _____
- k) Maestro Especializado _____
- l) Otros (especifique) _____
- _____
- _____
- _____

12.- Qué tipo de orientación reciben los familiares del paciente?

- a) No reciben orientación ()
- b) La reciben en cuanto a la posible causa del problema ()
- c) La reciben en cuanto a las -- implicaciones familiares del problema ()
- d) La reciben en cuanto a las -- implicaciones educativas del problema ()
- e) La reciben en cuanto a las im

plicaciones laborales del pro

blema ()
- f) La reciben en cuanto al proyec

to de tratamiento, sus venta-

jas y desventajas ()
- g) La reciben en cuanto al curso del padecimiento a lo largo - del tratamiento ()
- h) Otros (especifique) _____

13.- Cómo participan los familiares en el tratamiento?

- a) No participan ()
- b) Trayendo al paciente a consulta ()
- c) A nivel de intercambio informa

tivo

 ()
- d) Llevando a cabo un programa de tratamiento en el hogar ()

- e) Mediante la realización de tareas asignadas por el profesionalista ()
- f) Participando en terapia familiar ()
- g) Otros (especifique) _____

14.- Existen convenios entre el Servicio de Salud Mental y Centros Educativos dentro de la Comunidad -- que permitan la implementación de tratamientos psicopedagógicos dentro de los mismos?

- a) No existen ()
- b) Existen con guarderías ()
- c) Existen con Jardines de Niños ()
- d) Existe con Escuelas Oficiales ()
- e) Existen con Centros Educativos dependientes de la Dirección General de Educación Especial ()
- f) Otros (especifique) _____

15.- Remiten pacientes a Centros de Educación Especializada?

- a) No remiten pacientes ()
- b) Son remitidos a la Clínica de la Conducta ()
- c) Son remitidos a la Clínica de Ortolalia ()
- d) Son remitidos al Centro Psicopedagógico para problemas de Aprendizaje, Lenguaje y Conducta ()
- e) Son remitidos al Laboratorio de Educación Especial Preescolar ()
- f) Son remitidos a alguna Escuela de Educación Especial Oficial ()
- g) Son remitidos al Grupo Integrado de alguna Escuela Primaria Oficial ()

- h) Son remitidos a alguna Escuela Especial por Cooperación ()
- i) Son remitidos a alguna Escuela Especial particular ()
- j) Son remitidos a algún Centro de Enseñanza para Menores Infractores ()
- k) Son remitidos a algún centro de Capacitación para el trabajo ()
- l) Son remitidos a alguna Industria Protegida ()
- m) Otros (especifique) _____

16.- Los pacientes remitidos son aceptados por los Centros Educativos?

- a) Nunca ()
- b) Algunas veces ()
- c) Siempre ()

17.- Qué criterios existen para dar de alta al paciente?

- a) Que haya transcurrido un período de tiempo determinado ()
- b) Que los familiares y personas relacionadas con el paciente reporten mejoría ()
- c) Que exista una mejoría en relación con el problema observado al inicio del tratamiento ()
- d) Que el paciente haya alcanzado los criterios estándar de desarrollo en individuos de su edad ()
- e) Otros (especifique) _____

18.- Cuántos pacientes entre los 0 y 18 años se reciben anualmente en el Servicio?

19.- Qué porcentaje de estos pacientes son dados de alta anualmente _____ %

- 20.- En caso de realizar seguimiento (entendiendo por se
guimiento la observación y registro de la conducta_
del paciente en su medio ambiente natural) ¿Qué miem
bro (s) del personal lo realiza (n)?
- a) Psiquiatra ()
 - b) Psicólogo ()
 - c) Trabajador Social ()
 - d) Pediatra ()
 - e) Enfermera ()
 - f) Educadora ()
 - g) Otros (especifique) _____
-
- 21.- Cuáles son los criterios para elegir a los pacien--
tes que reciben seguimiento?
- a) Por norma establecida en el Servi-
cio ()
 - b) Por la magnitud del problema ()
 - c) Por patología específica ()
 - d) Por ser caso de interés para el -
servicio ()
 - e) Por ser sujetos de investigación ()
 - f) Por el buen pronóstico del paciente ()
 - g) Otros (especifique) _____
-
- 22.- Qué porcentaje de los pacientes dados de alta anual
mente reciben seguimiento _____ %
- 23.- Si se realiza seguimiento, cuánto tiempo en prome--
dio dura éste? _____ Meses _____ Años.
- 24.- Qué porcentaje de deserción tienen al año?
_____ %
- 25.- Qué porcentaje de reingreso tienen al año?
_____ %
- 26.- Existe algún método de evaluación que permita la co
rrección y superación del servicio en forma continua?
- a) Sí ()
 - b) No ()
- 27.- Si la respuesta fue afirmativa describa el sistema de
evaluación: _____

ANEXO N^o 2

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR _____

Esta encuesta tiene como objetivo el obtener información que permita:

- Investigar la organización y funciones de los diferentes servicios de Salud Mental en México, así como el tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios, las funciones que desempeñan y las técnicas y procedimientos que utilizan, al mismo tiempo, el tipo de población atendida y la demanda social de estos servicios.

Agradecemos su colaboración, ya que será de utilidad para la realización de una Tesis de Recepción Profesional en la Facultad de Psicología. Esperamos poder colaborar con su Servicio, proporcionándole más tarde los datos obtenidos, si usted así lo solicita, aunque desde luego las fuentes de donde se obtenga la información se mantendrán anónimas y los datos se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos.

NOMBRE DE LA INSTITUCION.

1.- Nombre de la profesión _____

2.- Nombramiento laboral que posee _____

3.- Qué requisitos académicos son necesarios para ingresar al Servicio con ese nombramiento?

- a) Poseer nivel técnico ()
- b) Ser pasante ()
- c) Poseer licenciatura ()
- d) Especialidad ()
- e) Maestría ()
- f) Doctorado ()
- g) Experiencia de un año ()
- h) Experiencia de dos años ()
- i) Experiencia de más de dos años ()

4.- Qué sueldo mensual global percibe usted
\$ _____

5.- Qué profesión tiene la persona que lo supervisa a usted? _____

6.- Qué profesión y puesto tienen las personas a las que usted supervisa?

7.- De qué forma realiza usted su trabajo?

- a) En forma individual ()
- b) En equipo con colegas de la misma profesión, laborando en forma independiente en el mismo problema ()
- c) En equipo con colegas de la misma profesión laborando en forma conjunta en el mismo problema al mismo tiempo ()
- d) En equipo con personal de otras - profesiones, laborando en forma independiente en el mismo problema ()
- e) En equipo con personal de otras - profesiones, trabajando en conjunto sobre el mismo problema al mismo tiempo ()
- f) Otros (especifique) _____

8.- Si participa usted en las siguientes actividades señale los procedimientos que lleva a cabo para realizarlas.

ASISTENCIA:

- a) Entrevistas ()
- b) Encuestas ()
- c) Aplicación de pruebas psicológicas ()
- d) Tratamiento ()
- e) Diagnóstico ()
- f) Listas de chequeo conductual ()
- g) Otras (especifique) _____

DOCENCIA:

a) Recibe cursos de actualización ()

IMPARTE CURSOS DENTRO DE LA INSTITUCION A:

b) Personal ()

c) Padres ()

d) Maestros ()

e) Otros (especifique) _____

IMPARTE CURSOS FUERA DE LA INSTITUCION A:

f) Padres ()

g) Maestros ()

h) Personal de otras instituciones ()

i) Otros (especifique) _____

INVESTIGACION:

a) Diseño ()

b) Recopilación de datos ()

c) Manipulación experimental ()

d) Recopilación de datos experimentales ()

e) Análisis de los datos ()

f) Evaluación de los datos ()

g) Elaboración del reporte formal ()

h) Otros (especifique) _____

SERVICIO EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE:

a) Tratamiento en el hogar ()

b) Tratamiento en la escuela ()

c) Orientación a maestros ()

d) Orientación a padres ()

e) Orientación a adolescentes ()

f) Otros (especifique) _____

SEGUIMIENTO UNA VEZ QUE EL PACIENTE ES DADO DE ALTA:

- a) Citas subsecuentes del paciente en la Institución ()
- b) Visitas domiciliarias ()
- c) Envío de cuestionarios ()
- d) Otròs (especifique) _____

ADMINISTRACION:

- a) Ordena expedientes clínicos ()
- b) Recopila y maneja datos estadísticamente ()
- c) Mecnografía reportes ()
- d) Otros (especifique) _____

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO:

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

ANEXO N°3.

GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE LA ENCUESTA
DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

OBJETIVO. Estandarizar en lo posible la forma de administración de la encuesta.

Las indicaciones sugeridas en este manual son flexibles y deberán modificarse en el caso de que el encuestador lo considere necesario.

Se señalarán tanto sugerencias a seguir en la conducta del encuestador, así como algunas respuestas a las preguntas que el encuestado pueda formular.

EL ENCUESTADOR:

- 1.- Deberá revisar que su encuesta se encuentre completa y en orden antes de llegar al centro donde la aplicará.
- 2.- Deberá saber en donde se ubica el centro ó institución que visitará, el nombre de la persona con la que se entrevistará, el horario en que el centro ó institución labora, así como de ser posible el horario de la persona objetivo.
- 3.- Dispondrá de un horario amplio, evitando prisas y nerviosidad por posibles retrasos.
- 4.- Durante la administración de la encuesta se mostrará -- apacible sin prisas, interesado en las respuestas y no deberá en ningún momento perder la atención por lo que se le reporte.
- 5.- Deberá aplicar la encuesta de corrido, evitando en lo posible desviaciones del tema y regresando sutilmente a la lectura de la encuesta.
- 6.- Al iniciar la entrevista deberá tener presente que el rapport es una fase de gran importancia para la obtención de datos.
- 7.- Antes de iniciar la lectura de la encuesta deberá hacer una breve introducción (sin leer) al objetivo de la mis

ma y señalar que los datos resultantes de la investigación le serán aportados en cuanto sean recopilados y analizados.

- 8.- Anticipará que la duración de la administración de la encuesta será de una hora aproximadamente.
- 9.- Al concluir la administración de la encuesta dirigida al Jefe de Servicio, podrá manifestar la necesidad de aplicar el anexo a los diferentes profesionistas, anticipando que su duración máxima será de 15 min.
- 10.- Deberá hacer lo posible por terminar la aplicación el mismo día, así como de evitar que se le den citas subsecuentes. En el caso de que no sea posible aplicar la encuesta el día que se presente el encuestador por no contar con una hora por parte del encuestado, deberá, pedir una cita subsecuente.
- 11.- El encuestador no deberá hacer visitas cuando cuente con poco tiempo ni cuando se acerque la hora en la que el centro o institución finaliza sus actividades.
- 12.- Deberá contar con lápices, sacapuntas y goma. Deberá llevar duplicados de la encuesta, pero evitará repartir éstos diciendo que aún tiene que hacer otra visita y no cuenta con más formas.
- 13.- El encuestador leerá y anotará las respuestas, el encuestado tendrá una copia de lo que se está leyendo pero no escribirá ni marcará nada en ella.
- 14.- Contestará al encuestado todas las dudas que tenga acerca del objetivo de la encuesta, del muestreo de centros, de las actividades de los encuestadores (excepto con el lugar de procedencia laboral), del empleo futuro de datos y en general podrá contestar cortésmente cualquier duda que surgiera sin proporcionar información considerada confidencial por los integrantes del Servicio de Psicología.
- 15.- Deberá ignorar los comentarios negativos que sobre su persona, profesión ó que sobre la encuesta se puedan suscitar.

- 16.- En caso que se le envíe con otra persona para contestar a las preguntas deberá ir.
- 17.- Al finalizar la administración de la encuesta solicitará al Jefe de Servicio que algunos profesionistas (Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiatra y Enfermera) contesten el anexo que se ha preparado. Si la persona con_ quién se le envíe está ocupada, deberá solicitar al Jefe de Servicio que le señale alguna otra.
- 18.- Al salir del centro o institución el encuestador escribirá sus propias observaciones.
- 19.- Se recomienda contar con un mapa y establecer un itinerario de sus visitas.
- 20.- Repase estas normas cuantas veces lo considere necesario.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

1.- Nombre de la Institución. Número de caso (ver anexo N° 1)

2.- Tipo de Dependencia. 1.- Oficial
2.- Particular.
3.- Descentralizada.

3.- Funciones Generales de la Institución.
Asistencia. 1.- Si el objetivo es marcado
Docencia 0.- Si el objetivo no es marcado
Investigación. (do
Servicio en el Medio Ambiente del Paciente.

4.- Año en que inició sus Servicios la Institución. Escribir los dos últimos dígitos del año.

5.- Profesión del Jefe del Servicio. 1.- Psiquiatra.
2.- Psicólogo.
3.- Trabajador Social.
4.- Maestro Especializado.
5.- Pedagogo.
6.- Pediatra.
7.- Médico General.

6.- Año de Inicio del Servicio de Salud Mental. Escribir los dos últimos dígitos del año.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

7.- Subdepartamentos que integran el Servicio.

Ninguno
Psiquiatría.
Psicología.
Trabajo Social.
Pedagogía.
Enfermería.
Antropología Social.
Administración.

1.- Si el Subdepartamento es -
marcado.

0.- Si el Subdepartamento no -
es marcado.

8.- Como realizan el diagnóstico los integrantes del Servicio.

En forma individual.

En forma independiente con colegas de la misma profesión.

1.- Si la opción es marcada.

En forma conjunta con colegas de la misma profesión

0.- Si la opción no es marcada

Con personal de otras profesiones trabajando sobre un mismo problema al mismo tiempo.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

9.- Como realizan el tratamiento los Integrantes del Servicio.

En forma individual

En forma independiente con colegas de la misma profesión.

En forma conjunta con colegas de la misma profesión.

Con personal de otras profesiones trabajando sobreel mismo problema al mismo tiempo.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada.

10.- Tipo de relación del Servicio de Salud Mental con otros departamentos dentro de la Institución.

No tiene ninguna relación

La relación es en cuanto a la remisión de pacientes.

La relación es con finesde docencia.

La relación es en forma - de reuniones periódicas - para información general.

La relación es en forma de reuniones periódicas para la solución de problemasen común.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

11.- Tipo de relación del Servicio de Salud Mental -- con otras Instituciones.

No tiene ninguna relación

La relación es en cuanto a la remisión de pacientes.

La relación es con fines de docencia.

La relación es en forma de reuniones periódicas para información general

La relación es en forma de reuniones periódicas para la solución de problemas en común.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada

12.- Número de profesionistas que laboran en el servicio.

Psiquiatra.

Psicólogo.

Trabajador Social.

Pedagogo.

Educadora.

Pediatra.

Médico General.

Terapista del Lenguaje.

Terapista Ocupacional

Terapista Físico.

Maestro Especializado.

Escriba el número de Profesionistas'

DESCRIPCION DE LA INFORMACION CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

13.- Número de Personal Administrativo que labora en el Servicio.

Secretaria.

Archivista.

Recepcionista.

Escriba el número de Personal Administrativo.

14.- Funciones Generales del Servicio.

Asistencia.

Docencia.

Investigación.

Servicio en el medio ambiente del paciente.

1.- Si la función es marcada.

0.- Si la función no es marcada.

15.- Porcentaje en que son remitidos los pacientes al servicio por las siguientes personas.

Familiares.

Maestros.

Médico General.

Nombre de la Institución

Pediatra.

Clérigo.

Otra Institución.

Anotar los números del porcentaje

Número de caso (ver anexo N° 1)

Anotar los números del porcentaje

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

16.- Criterios para la admisión de pacientes al Servicio - de Salud Mental.

No existen criterios específicos.

1.- Si el criterio es marcado

Que el paciente sea de una edad determinada.

0.- Si el criterio no es marcado

Que el paciente sea susceptible de ser tratado en su medio ambiente natural.

Que el paciente presente - alguna patología específica.

Que los padres se comprometan a colaborar en el tratamiento.

17.- Quién recibe a los pacientes en el momento de llegar.

La Recepcionista.

La Trabajadora Social.

El Psicólogo.

1.- Si la opción es marcada

El Psiquiatra.

0.- Si la opción no es marcada.

La Enfermera.

18.- Que profesionista atiende al paciente en la 1a. consulta.

La persona varía entre todos los miembros del personal.

1.- Si la opción es marcada.

La enfermera.

0.- Si la opción no es marcada.

El Psiquiatra.

El Psicólogo.

La Trabajadora Social.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

19.- Después de la primera consulta, existen criterios o manuales de procedimiento para determinar con qué profesionalista o miembro del servicio pasará el paciente?

1.- No existen criterios específicos.
2.- Si existen criterios específicos.

20.- Procedimientos que se llevan a cabo para establecer el diagnóstico.

Entrevista. 1.- Si el procedimiento es marcado
Aplicación de baterías de pruebas psicológicas. --
Estudios de laboratorio. 0.- Si el procedimiento no es marcado.
Estudios de gabinete.
Registro de repertorios conductuales.

21.- Profesionalista que se encarga de hacer el diagnóstico clínico.

El Psiquiatra. 1.- Si la opción es marcada.
El Psicólogo. 0.- Si la opción no es marcada.
El Peiatra.
El Médico General.

22.- Qué clasificación diagnóstica emplean?

La de la Asociación Psiquiátrica Americana. 1.- Si la clasificación es marcada
La de la Organización Mundial de la Salud. -- 0.- Si la clasificación no es marcada.
La del grupo para el avance de la Psiquiatría.
La Clasificación francesa.
Ninguna.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

23.- Instrumentos que utilizan para establecer el diagnóstico.

Pruebas Psicométricas.

Pruebas Proyectivas.

1.- Si el instrumento es marcado

Cuestionarlos.

0.- Si el instrumento no es marcado.

Entrevistas.

Inventarios.

Escalas de Desarrollo.

Lista de chequeo Conductual

24.- ¿Quién determina el tratamiento que llevará a cabo el Profesionista?

El profesionista determinará libremente el tratamiento que se aplique al paciente.

1.- Si la opción es marcada.

El profesionista aplicará el tratamiento que determine -- otra persona.

0.- Si la opción no es marcada.

El profesionista determinará con otros profesionistas el tratamiento adecuado.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

- 25.- Tipo de terapias que aplican los siguientes profesionistas.
- Psiquiatra.
Psicólogo
Trabajador Social
Pedagogo
Educadora.
Pediatra.
Médico General
Terapeuta del Lenguaje.
Terapeuta Ocupacional.
En Blanco.
Número de Tarjeta.
Nombre de la Institución.
Terapeuta Físico.
Maestro Especializado.
- 1.- Terapia Física.
2.- Terapia Farmacológica.
3.- Psicoterapia.
4.- Terapia de apoyo.
5.- Terapia Familiar.
6.- Terapia Ocupacional.
7.- Terapia del Lenguaje.
8.- Terapia Psicopedagógica.
9.- Terapia de Grupo.
10.- Terapia Conductual.
11.- Terapia de Juego.
12.- Terapia Psicoanalítica.
13.- Terapia Educativa.
- Número de caso (ver anexo N° 1)
-

- 26.- Tipos de orientación que reciben los familiares -- del paciente.
- No reciben orientación
- La reciben en cuanto a la posible causa del problema.
- La reciben en cuanto a las implicaciones familiares - del problema.
- 1.- Si la opción es marcada.
0.- Si la opción no es marcada.
-

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

27.- La reciben en cuanto a las implicaciones educativas del problema.

La reciben en cuanto a las implicaciones laborales del problema.

La reciben en cuanto al proyecto del tratamiento sus ventajas y desventajas.

La reciben en cuanto al curso del padecimiento a lo largo del tratamiento.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada.

28.- ¿Cómo participan los familiares en el tratamiento?

No participan

Trayendo al paciente a consulta.

A nivel de intercambio informativo.

Llevando a cabo un programa de tratamiento en el hogar.

Mediante la realización de tareas asignadas por el profesionalista.

Participando en terapia familiar.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

- 29.- ¿Existen convenios entre El Servicio de Salud Mental y Centros Educativos dentro de la comunidad que permitan la implementación de tratamientos psicopedagógicos dentro de los mismos?
- No existen 1.- Si la opción es marcada.
Existen con Guarderías.
Existen con Jardines de Niños 0.- Si la opción no es marcada.
Existen con Escuelas Oficiales.
Existen con Centros Educativos dependientes de la Dirección General de Educación Especial.
-

- 30.- Remiten pacientes a Centros de Educación Especializada.
- No remiten pacientes.
Son remitidos a la Clínica de la Conducta. 1.- Si la opción es marcada.
Son remitidos a la Clínica de Ortolalia. 0.- Si la opción no es marcada.
Son remitidos al Centro Psicopedagógico para problemas de Aprendizaje, Lenguaje y Conducta.
-

DESCRIPCION DE LA INFORMACION

CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

30.- Son remitidos al laboratorio de Educación Especial Preescolar.

Son remitidos a alguna Escuela de Educación Especial Oficial.

Son remitidos al grupo Integrado de alguna escuela Primaria Oficial.

Son remitidos a alguna Escuela Especial por Cooperación.

Son remitidos a alguna Escuela Especial Particular.

Son remitidos a algún Centro de Enseñanza para menores Infractores.

Son remitidos a algún Centro de Capacitación para el Trabajo.

Son remitidos a alguna Industria Protegida.

1.- Si la opción es marcada.

0.- Si la opción no es marcada.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

31.- Los pacientes remitidos son aceptados por los Centros Educativos.

- 1.- Nunca.
 - 2.- Algunas veces.
 - 3.- Siempre.
-

32.- Criterios para dar de alta al paciente.

Que haya transcurrido un período de tiempo determinado.

Que los familiares y personas relacionadas con el paciente reporten mejoría.

Que exista una mejoría en relación con el problema observado al inicio del tratamiento.

Que el paciente haya alcanzado los criterios estandar de desarrollo en individuos de su edad.

- 1.- Si la opción es marcada.
 - 0.- Si la opción no es marcada.
-

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

37.- Porcentaje de los pacientes dados de alta anualmente que reciben seguimiento. Anotar el porcentaje.

38.- Cuánto tiempo en promedio dura el seguimiento?
Meses Anotar el número de meses o años.
Años

39.- Porcentaje anual de deserción. Anotar el porcentaje.

40.- Porcentaje anual de reintegro. Anotar el porcentaje.

41.-¿Existe algún método de evaluación que permita la corrección y superación del servicio en forma continua?
1.- Si
0.- No.

42.-De los rangos de edad presentados, indicar el porcentaje que reciben.
De 0 a 3 años Anotar los porcentajes.
De 3 un mes a 6 años.
De 6 un mes a 9 años.
de 9 un mes a 12 años.
de 12 un mes a 18 años.
de 15 un mes a 18 años.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION. CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.

44.- Porcentaje de la pobla--
ción perteneciente a ca-
da sexo.

Femenino

Anotar los porcentajes.

Masculino.

45.- Indicación en porcentajes
de a que niveles socioeco-
nómicos corresponden los
pacientes entre 0 y 18 --
años.

Anotar los porcentajes.

Nivel socioeconómico bajo

Nivel socioeconómico medio

Nivel socioeconómico alto

46.- Indicación en porcentaje
de la escolaridad de la -
población atendida entre -
0 y 18 años.

Ninguna

Preescolar.

Primaria.

Anotar los porcentajes.

Secundaria.

Nivel Técnico.

Preparatoria.

Profesional.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION.	CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.
1.- Nombre de la institución en la que labora el profesionista.	Número de caso (ver anexo.)
2.- Nombre de la profesión.	1= Psiquiatra. 2= Psicólogo. 3= Trabajadora Social. 4= Enfermera.
3.- Nombramiento laboral.	1= Corresponde con su profesión. 2= No corresponde con su profesión.
4.- Requisitos necesarios para ingresar al servicio con el nombramiento que poseen -Poseer nivel técnico. -Ser pasante. -Poseer Licenciatura. -Especialidad. -Maestría. -Doctorado. -Experiencia de 1 año. -Experiencia de 2 años. -Experiencia de más de 2 años.	1= Si la opción es marcada. 2= Si la opción no es marcada.

DESCRIPCION DE LA INFORMACION.	CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.
5.- Sueldo mensual global de cada profesionista.	01= Menos de 5,000. 02= 5,001- 6,000. 03= 6,001- 7,000. 04= 7,001- 8,000. 05= 8,001- 9,000. 06= 9,001- 10,000. 07= 10,001- 11,000. 08= 11,001- 12,000. 09= 12,001- 13,000. 10= 13,001- 14,000. 11= 14,001- 15,000. 12= 15,001- 16,000. 13= 16,001- 17,000. 14= 17,001- 18,000. 15= 18,001- 19,000. 16= 19,001- 20,000. 17= 20,001- 21,000. 18= 21,001- 22,000. 19= 22,001- 23,000.
6.- Profesión de la persona que lo supervisa.	01= Psiquiatra. 02= Psicólogo. 03= Trabajadora Social. 04= Pediatra. 05= Médico General. 06= Maestro Especializado.
7.- Profesión de las personas a las que él supervisa.	01= Psiquiatra. 02= Psicólogo. 03= Trabajadora Social. 04= Educadora. 05= Médico General. 06= Maestro Especializado. 07= Enfermera.

CLAVE DE CODIFICACION

DESCRIPCION DE LA INFORMACION.

NUMERICA.

8.- Forma en que realiza su trabajo:

- En forma individual.
 - En equipo con colegas de la misma profesión laborando independientemente
 - En equipo con colegas de la misma profesión laborando conjuntamente.
 - En equipo con personal de otras profesiones laborando independientemente.
 - En equipo con personal de otras profesiones laborando conjuntamente.
-

- 1= Si la opción es marcada.
- 2= Si la opción no es marcada.

9.- Por medio de que actividades participa en Asistencia.

- 1= Entrevistas'
 - 2= Encuestas.
 - 3= Aplicación de pruebas psicológicas.
 - 4= Tratamiento.
 - 5= Diagnóstico.
 - 6= Listas de chequeo conductual.
-

CLAVE DE CODIFICACION

DESCRIPCION DE LA INFORMACION.NUMERICA.

10.- Por medio de que actividades participa en Docencia	1= Recibe cursos de actualización. 2= Imparte cursos dentro de la institución a personal. 3= Imparte cursos dentro de la institución a padres. 4= Imparte cursos dentro de la institución a maestros. 5= Imparte cursos fuera de la institución a padres 6= Imparte cursos fuera de la institución a maestros. 7= Imparte cursos fuera de la institución a personal de otras instituciones.
11.- Por medio de que actividades participa en Investigación.	1= Diseño. 2= Recopilación de datos. 3= Manipulación experimental. 4= Recopilación de datos experimentales. 5= Análisis de los datos. 6= Evaluación de los datos. 7= Elaboración del reporte formal.
12.- Por medio de que actividades presta Servicios en el Medio Ambiente del paciente.	1= Tratamiento en el hogar. 2= Tratamiento en la escuela. 3= Orientación a maestros. 4= Orientación a padres. 5= Orientación a adolescentes.

<u>DESCRIPCION DE LA INFORMACION.</u>	<u>CLAVE DE CODIFICACION NUMERICA.</u>
13.- Por medio de que actividades realiza Seguimiento.	1= Citas subsecuentes del paciente en la institución. 2= Visitas domiciliarias. 3= Envio de cuestionarios.
14.- Por medio de que actividades participa en Administración.	1= Ordena expedientes clínicos. 2= Recopila y maneja datos estadísticamente. 3= Mecnografía reportes.

BIBLIOGRAFIA.

- Alvarez, A.J., Bustamante, M.E., López, P.A. y Fernández C.F. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México, S.S.A. México, D.F., 1960, Tomo III, passim.
- Ander, E.E., Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Humanitas, 7a. Edición, Buenos Aires, 1978, passim.
- Bernardino Alvarez, Iniciador de la Atención Nueropsiquiátrica en México. Cuarto Centenario del Primer Manicomio en América (1566-1966). Sobretiro de la Gaceta Médica de México. 1966. Tomo XCVI, pp. 1013-1022.
- Calderón, N.A. Hospitales Psiquiátricos de México desde la colonia hasta la actualidad. Sobretiro de la Gaceta Mexicana de Neurología y Psiquiatría. 1966, vol. 7, N^o 3, 111-126.
- Calderón, N.A. y Cabildo, A.H. Dirección de Salud Mental de la S.S.A. Salud Pública de México, 1967, Epoca V, Vol. 9, N^o 4.
- Catania, A. CH. Investigación Contemporánea en Conducta Operante. Trillas, Méx. 1975, 411-422.
- Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza. Paquete # 3. Sistematización de la Enseñanza, Universidad Nacional Autónoma de México, 1975.
- Chamberlain, A.S. Early Mental Hospitals in Spain. American Journal of Psychiatry. 1966, Vol. 123, N^o 2 143-149.
- David, H. P. Child Mental Health in International Perspective. A volume from the Joint Commission on Mental Health of children. Harder Row Publishers U.S.A., 1972, passim.
- Decreto Constitutivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia 1977.
- De Aortari, E. Lógica General, Edit. Grijalbo, Mex. 1968.
- Dowie, N. M. y Heat, R.W. Métodos Estadísticos.
- Garciadiego, M.J. Estructura y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" Salud Pública de México 1967, Epoca V, Vol. 9, N^o 4, 559-62.
- Graziano, AM.M. Behavior therapy with children. Atheron Inc. U.S.A., 1972, passim.

- Goldiamond, I. toward a Constructional Approach to Social - Problems. Behaviorism a Forum for Critical Discussion. 1974, Vol. 2, N^o 1, 1-84.
- González, M. J., González, M. G. Hospitales para Enfermos - Mentales en la colonia. Salud Pública en México. Epoca V, Vol. 2, N^o 3, 675-84.
- Kerlinger, F.N. Foundations of Behavioral Research Holt, -- Rinehart Winston. New York 1973, cap. 23.
- Madrazo, M.C. Algunas consideraciones sobre el funcionamiento de los centros de Desarrollo Infantil y la Importancia del Entrenamiento a Personal. Tesis de Licenciatura U.N.A.M., 1979, passim.
- Martínez, MA. Entrenamiento a padres en técnicas de Modificación de Conducta. Tesis de licenciatura U.N.A.M., 1978, 1-15.
- Pardinas, F. Metodología y técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Edit. Siglo XXI, Mex. 1970, passim.
- Ramírez, M.S. La Asistencia Psiquiátrica en México Congreso Internacional de Psiquiatría.S.S.A. Méx. 1950, 9-33.
- Rivera, M.V. Salud Mental Pública en el D.F., tesis de licenciatura, U.N.A.M., 1968, passim.
- Rodríguez, A. Psicología Social, Edit. Trillas, Mex. 1975, - cap. I.
- Salles, M.M. Organización de la Asistencia de la Psiquiatría Infantil en México. Psiquiatría, Organó Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., 1977, Vol. 7, 29,36.
- Thomas E. Bryant, Chairperson, Report to he presidente from the President's comisión on Mental Health, 1978, Vol. 1.
- Ullman, L.P. y Krasner, L.A. Psychological Approach to Abnormal Behavior. Prentice - Hall, Inc. 1969. 106-20.
- UNESCO - La Educación Especial. 1977, passim.
- UNESCO - Monografías sobre Educación Especial 1974, 37, 68.
- VELASCO, A.J. Actividades Sociales y Legales ante el enfermo - mental Evolución Histórica. Psiquiatría Organó Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. 1967, 15-19.
- VELASCO, A.J. "La Salud Mental y el niño, estado actual y proyección futura, trabajo presentado en el Año Internacional del Niño, durante el II Congreso Nacional de la A.M.P.I. Puebla, Mex. 1978.