

53  
2ej.



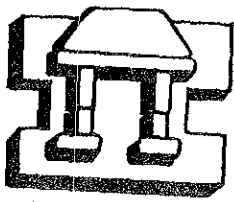
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

EL PSICOLOGO DENTRO DEL CONTEXTO DE LAS  
INSTITUCIONES ASISTENCIALES DE CARACTER  
PRIVADO

REPORTE DE TRABAJO  
PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
JOSE CASTILLO OLALDE



IZTACALA

ASESORES: LIC. CARLOS MONDRAGON GONZALEZ  
MTRO. JESUS LARA VARGAS  
LIC. ESTEBAN CORTES SOLIS

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO.

TESIS CON  
CALLE DE ORIGEN

208774  
1998



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

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

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

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

## D e d i c a t o r i a

A mis padres,  
José Castillo Jiménez y  
Concepción Olalde Vértiz,  
por el apoyo moral que en  
todo momento he recibido.  
Con amor, respeto y admiración.  
Gracias.

A mis hermanos,  
Daniel, Antonio, Delfino, Gabriel  
y Esmeralda, por todo lo que  
hemos compartido.  
Con cariño y admiración.

A Dany y Alan, por ser como son.

A Ana Raquel y Pepito,  
donde quiera que se encuentren  
este trabajo es para ustedes.

## A g r a d e c i m i e n t o s

Deseo expresar mi agradecimiento al Lic. Carlos Mondragón González, Jefe del Area de Psicología Social de la E.N.E.P. Iztacala, por su valioso apoyo en la elaboración del presente trabajo.

De la misma manera, agradezco a los profesores Jesús Lara Vargas y Esteban Cortés Solís, su buena disposición para revisar la versión final del escrito.

A la T.F. Bertha García Medina, por haber dedicado gran parte de su vida por encontrar una alternativa de superación para el ser humano y por haberme permitido compartir sus conocimientos durante estos años.

A todas aquellas personas con quienes compartí la agradable experiencia de ayudar.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

# INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
RESUMEN	5
I. LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO	
1.1 Concepto	6
1.2 Origenes	9
1.3 La Iglesia ¿cumple su misión?	14
Salud	17
Educación	18
Seguridad Social	20
Meztilaje	21
1.4 La institucionalización de la filantropía	23
1.5 Los beneficios de la Beneficencia	28
1.6 La Asistencia Social como derecho y como obligación	33
1.6.1 Lo Público	34
Instituto Mexicano del Seguro Social	34
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	35
Secretaría de Salud	36
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	38
1.6.2 Lo Privado	40
1.7 Marco Jurídico actual de la Asistencia Social	45
II. LA INSTITUCION	
2.1 La filantropía tiene sus frutos (fundación)	51
2.2 Descripción general	
a) administración	53

b) distribución	57
c) población	60
d) servicios	66
2.3 El que ser y el "qué no hacer" del psicólogo	68
a) el encargo institucional	69
b) la práctica profesional	70
c) el resultado	105

### III. LA INTERVENCION INSTITUCIONAL

3.1 El contexto	117
3.1.1 El Analisis Institucional	120
3.1.2 Antipsiquiatría	125
3.2 Replanteamiento del problema y del método	139
3.2.1 Estructura institucional y formalidad terapéutica de la casa hogar	139
3.2.2 El psicólogo, su saber y las instituciones	147
3.3 La posibilidad del cambio	160

CONCLUSIONES	167
--------------	-----

BIBLIOGRAFIA	173
--------------	-----

ANEXOS

## INTRODUCCION

Ninguna institución, a pesar del carácter más o menos duradero que se le confiere a este concepto, puede permanecer inalterable a través del tiempo. Esto es particularmente cierto al menos en lo que se refiere a las instituciones de carácter social, las cuales, al surgir como un reclamo legítimo de una colectividad con carencias, van sufriendo transformaciones que son producto de la evolución de la misma sociedad que les dio origen.

En las civilizaciones contemporáneas, las instituciones sociales han adquirido singular importancia, principalmente aquellas que ofrecen servicios asistenciales de salud, las cuales se intentarán analizar a lo largo del presente escrito.

El problema de los grupos marginados y en especial de los grupos de personas "desviadas", o como se les define actualmente "discapacitados múltiples", plantea una serie de interrogantes acerca de su situación social. Una de estas cuestiones se refiere a las alternativas reales de recuperación que tienen estos pacientes y a sus condiciones de existencia dentro de una sociedad altamente competitiva y excluyente.

Para dar respuesta a estas preguntas, han sido creadas diversas organizaciones e instituciones sociales, tanto públicas como privadas, que intentan de una manera ciertamente filantrópica -al menos en sus orígenes- subsanar sus deficiencias y ofrecer una opción viable de "integración a la sociedad". Nos estamos refiriendo a los hospitales psiquiátricos.

Sin embargo, la institución psiquiátrica en sí misma, no ha demostrado ser ese vehículo de integración social, más bien ha servido como un instrumento más de segregación del individuo enfermo respecto a su contexto familiar y social.

En este punto es importante considerar el papel que desempeña el profesional de la salud, en este caso el psicólogo, como especialista dedicado a atender este tipo de padecimientos en el ámbito de las instituciones asistenciales de carácter social y privado.

De esta manera, el propósito del presente trabajo es dar a conocer las actividades realizadas por el autor como psicólogo en el área de la educación especial y rehabilitación dentro de una institución que alberga a más de cien personas con diferentes patologías relacionadas al desarrollo.

El análisis que se pretende realizar se inscribe en el contexto de una institución privada incorporada a la Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal, que funge como casa hogar para enfermos "incurables".

Complementando lo anterior, se pretende realizar un análisis crítico de los factores técnicos, administrativos, terapéuticos e ideológicos que le impiden ofrecer una auténtica posibilidad de recuperación para los internos, a través de la descripción pormenorizada de sus características y su funcionamiento.

Con este propósito, se hace necesario en primer lugar, hacer una revisión de los antecedentes históricos de la asistencia social en México para poder entender la dinámica asistencial presente.



En el primer capítulo se describe el contexto histórico que subyace la aparición de las primeras instituciones asistenciales en nuestro país así como la evolución que ha tenido el concepto de asistencia social, desde los postulados iniciales de la caridad cristiana de ayuda al menesteroso hasta las actuales políticas de bienestar basadas en los principios constitucionales de la igualdad y la justicia sociales.

Esto con el propósito de entender la situación actual de las instituciones filantrópicas de carácter privado que brindan apoyo a personas con requerimientos especiales de educación y rehabilitación integral.

En el segundo capítulo, se señalan las características generales de la institución que se reporta, desde su fundación hasta los aspectos administrativos, físicos estructurales, tipo de población atendida y servicios asistenciales que ofrece.

Se detalla su funcionamiento y se exponen las particularidades que la hacen una institución sui géneris en todos los aspectos. Se hace énfasis en la problemática de los internos y en las deficiencias en el terreno asistencial, desde la falta de planeación de los programas educativos y rehabilitatorios hasta las situaciones de maltrato e indiferencia por parte de las autoridades y del personal auxiliar, así como del papel desempeñado por los rehabilitadores y por la comunidad en general como agentes de cambio institucional.

En el último capítulo, se exponen los orígenes y las raíces conceptuales de dos aproximaciones teóricas al fenómeno de las organizaciones sociales: el análisis

institucional y el movimiento antipsiquiátrico, con el propósito de realizar una reflexión crítica de la institución basada en las categorías analíticas de estas corrientes ideológicas.

Se retoman estos elementos conceptuales por considerar que a pesar de que la crítica a los establecimientos psiquiátricos tradicionales que les dieron lugar fuera planteada hace más de treinta años, en la actualidad tales consideraciones permanecen vigentes, al menos en lo que se refiere al sistema asistencial psiquiátrico en México.

Finalmente, se retoma el trabajo profesional realizado en la institución con una actitud crítica y se ofrecen algunas alternativas en relación con el papel del psicólogo como un agente de transformación institucional y social.

## RESUMEN

Se reportan las actividades realizadas en la institución de asistencia privada "Asociación-hospital de Nuestra Señora de la Consolación para Niños Incurables" en el área de educación especial y rehabilitación. Se hace una revisión histórica de la asistencia social en México, desde sus orígenes hasta nuestros días, considerando los organismos públicos y privados. Posteriormente se señalan las características generales de la institución asistencial que se reporta y se describe el trabajo educativo desarrollado con los internos. Se hace hincapié en las dificultades encontradas en el ejercicio de la labor psicológica. Finalmente, se retoman las categorías conceptuales del análisis institucional y la antipsiquiatría con el propósito de replantear el carácter terapéutico de la institución y reflexionar acerca del rol social del psicólogo que se desempeña en este contexto.

# I. ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO

## 1.1 Concepto

El concepto de asistencia social que actualmente prevalece, parte de la "Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social" en la cual se le define como "el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva"<sup>1</sup>.

Haciendo énfasis en la estructura familiar y social en la que se desarrolla la persona, y con algunas modificaciones poco relevantes, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a la asistencia social como "el conjunto de acciones tendientes a convertir en positivas las circunstancias adversas que puedan impedir al hombre su realización como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad, así como la protección física, mental y social a personas en estado de abandono, incapacidad o minusvalía en tanto se logre una solución satisfactoria a su situación"<sup>2</sup>.

Ambas definiciones coinciden en señalar la obligación que tiene el Estado Mexicano de atender de manera integral la problemática que en materia de bienestar social afronta la

<sup>1</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 1986.

<sup>2</sup> Revista del Menor y la Familia, DIF. México, 1984 Año 3, Vol. 3. pág. 9.

población del país, preferentemente la que guarda una situación económica y social desfavorable, así como la que enfrenta problemas físicos o mentales que les impide integrarse plenamente a la vida productiva, social, política y cultural de la nación.

Sin embargo, en nuestro país, no sólo el sector público se ha abocado a la tarea de favorecer el bienestar social de la población más necesitada, también los particulares, como parte integrante de la sociedad, han querido contribuir con sus propios recursos en el mejoramiento de las condiciones de vida de los que menos tienen.

En el Distrito Federal, por ejemplo, existe un órgano administrativo desconcentrado por medio del cual el poder público vigila, coordina y asesora las acciones de asistencia social que ejecutan las instituciones particulares. Este órgano lo constituye la Junta de Asistencia Privada.

Para ella, la asistencia social es entendida "como el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación que realizan los Sectores Público y Privado, en beneficio de las poblaciones marginadas o rezagadas, tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de orden biológico, cultural, económico y social, que favorezcan en el individuo o comunidad con carencias, su desarrollo integral y consecuentemente, su acceso a los satisfactores básicos de alimentación, vivienda, vestido, educación, salud y trabajo, hasta lograr una solución permanente de sus carencias, incorporándolos a una vida digna, decorosa y humana"<sup>3</sup>.

De acuerdo con la Ley de Asistencia Social ya señalada,

<sup>3</sup>Memorias del I Simposium sobre La Asistencia Social Privada. Junta de Asistencia Privada. México, 1986. pág. 32.

los servicios asistenciales van dirigidos principalmente a menores en estado de desamparo o sujetos a maltrato; a menores infractores; a alcohólicos y farmacodependientes; a mujeres en periodo de gestación o lactancia; ancianos, inválidos e indigentes; a personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales; familiares dependientes de personas detenidas por causas penales; habitantes del medio rural o urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia y personas afectadas por desastres.

Por otra parte, las actividades básicas que comprende la asistencia social están definidas en la "Ley General de Salud"<sup>4</sup> en su artículo 168 y se refieren, en términos generales, a la:

- . Atención institucional a menores, ancianos e inválidos.
- . Prestación de servicios jurídicos y de orientación social.
- . Investigación de causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social.
- . Acciones de beneficio comunitario y de participación social
- . Apoyo a la educación y capacitación para el trabajo.
- . Servicios funerarios.

Es importante señalar que la asistencia privada, por su parte, incluye además ayudas económicas como becas, pensiones, ayudas a instituciones, en especie y préstamos prendarios.

Independientemente de la especificidad con la que sea definido el término, de las manifestaciones actuales de la atención asistencial y de los sectores sujetos de la misma, es un hecho que las acciones de bienestar social ejercidas

<sup>4</sup> Ley General de Salud. Ed. Porrúa. México, 1992. pág. 30.

tanto por el Estado como por la iniciativa de los particulares, han sufrido diversas transformaciones a lo largo de nuestra historia, que van desde los actos humanitarios fundamentados en las viejas concepciones de la caridad cristiana hasta los principios más actuales de equidad y justicia sociales, mismas que las han ubicado en una de las prioridades de las políticas de desarrollo social impulsadas por ambos sectores, el público y el privado.

Es por esta razón que en el presente capítulo se tratará de esbozar una breve semblanza de lo que han sido las acciones de asistencia social en México, con el propósito de entender el contexto histórico que subyace su aparición de acuerdo con las condiciones históricas, políticas y socioeconómicas del país que caracterizaron un determinado período.

De la misma manera, se intentará ubicar el papel desempeñado por las instituciones y organismos particulares en este largo proceso, y en especial de aquellas que ofrecen servicios asistenciales a menores en estado de indefensión, maltrato o con requerimientos especiales de educación y rehabilitación integrales, lo que nos permitirá entender el marco de referencia sobre el cual se hará el análisis de la institución de asistencia privada que se reporta.

## 1.2 Orígenes

La ayuda mutua entre los miembros de la especie humana es una actitud que ha sido heredada filogenética y culturalmente de generación en generación, y tiene una historia que se origina con la misma historia de la humanidad.

El hombre por naturaleza tiende a vivir en sociedad, compartiendo la existencia con individuos que forman su propia especie y cumpliendo con ello su necesidad instintiva de agruparse. Por esta razón, los grandes descubrimientos de la humanidad no pueden ser entendidos ni explicados sin el concurso evidente de todos los hombres.

En los albores de las civilizaciones occidentales, ya se hace patente un alto sentido ético-social de ayuda al necesitado. En la Grecia antigua, por ejemplo, la ayuda al desvalido fue una práctica establecida por el mismo Estado, que otorgaba pensiones en especie para el sustento de los más necesitados.

En la cultura judeo-cristiana la ayuda al pobre es entendida como un acto de justicia para la salvación eterna. La pobreza es concebida como una virtud y como un modelo para recibir la bienaventuranza del Ser Supremo, por lo que la existencia de ricos y pobres se considera como algo natural en tanto que constituye un designio divino.

Con el crecimiento de los pueblos las formas de organización social y política fueron haciéndose cada vez más complejas. En los pueblos anglosajones, nace el concepto de asistencia pública y social, el que a través de los años se ha traducido en lo que hoy se conoce como seguridad social.

En nuestro país, algunos autores han tratado de ubicar los antecedentes de la asistencia social en las culturas que florecieron en estas tierras (conocidas con el nombre genérico de Mesoamérica), antes de la llegada de los invasores europeos. Entre ellas destaca la civilización azteca por su alto desarrollo económico, político, social y cultural.



Los actos de asistencia social, en esas épocas, se describen en los rubros de la administración de la tierra, la educación, la salud y la distribución de algunos productos del trabajo, del comercio y de los tributos que pagaban los pueblos sometidos.

Se señala que el monarca tenía el deber moral, principio de su cultura, de cuidar del bien del pueblo y de amparar a los pobres, de cuidar la agricultura y de fomentar activamente el culto de los mantenimientos como el maíz, el agua, el fuego, etc. Los bienes adquiridos por el Estado eran redistribuidos en un modelo de organización económica tributaria dirigidos hacia el centro primero y después hacia fuera de él, es decir, hacia la población en general<sup>5</sup>.

En este sentido, no existía la pobreza individual, ya que el estado exigía a cada uno de sus miembros realizar una función o actividad en beneficio de la colectividad. La comunidad garantizaba a todo hombre una parcela de tierra para trabajarla dentro de su calpulli.

Se dice que Motecuhzoma Xocoyotzin, emperador azteca que gobernó durante el encuentro hispano-americano, mandó construir un hospital para enfermos incurables y otro para leprosos, así como una casa para ancianos y desamparados; también estableció un nosocomio en Culhuacan para inválidos o impedidos de la guerra y otro en Texcoco. Se refiere, además, la existencia de asilos para niños huérfanos en la altiplanicie del Valle de México, específicamente en

<sup>5</sup> Soberón, G. y otros. *La Salud en México: Testimonios 1988*. Edición conjunta Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica. México, 1988. Tomo III, Vol. 2. pág. 14.

Tenochtitlan, Cholula, Tlaxcala y Texcoco<sup>6</sup>.

Por esta razón, se considera que estos pueblos, guerreros por naturaleza, mantenían una asistencia social integral que cubría las necesidades del hombre desde su nacimiento hasta su muerte.

Sin embargo, a pesar de que el grupo gobernante tenía el deber de cubrir ciertos estados de necesidad de la población, era la sociedad en su conjunto la que mediante sus tradiciones de ayuda recíproca y trabajo solidario, como el tequio, se autoproporcionaba los satisfactores elementales. Dicha situación, esencia del cariz cultural mesoamericano, era uno de los factores importantes que permitían la reproducción de la estructura social.

Podríamos seguir ennumerando otros ejemplos de la manera en la cual estas civilizaciones resolvieron los problemas más apremiantes de subsistencia de sus habitantes, no obstante, es necesario hacer en este punto dos observaciones al respecto.

Si bien es cierto que se trataba de sociedades altamente organizadas y estructuradas en clases, en donde los grupos dominantes se encargaron de atender las necesidades básicas de sus gobernados y de que estas manifestaciones de ayuda al menesteroso o al desposeído contenían un alto sentido ético y moral de lo que se entiende por justicia e igualdad social, la concepción que se tiene actualmente de la asistencia social en México, tiene sus raíces ideológicas en los preceptos de ayuda al prójimo y en la exaltación de la

<sup>6</sup>D'Acosta, Helia. "Una cuna, un libro, una sonrisa" citado en Rojas Pérez, Ma. I. Intervención Profesional del Licenciado en Trabajo Social en el ámbito de las instituciones de asistencia privada. Tesis de Licenciatura. U. N. A. M. México, 1990. p. 26.

espiritualidad que la caridad cristiana impuso a los pueblos sometidos durante la conquista.

Por esta razón, los actos de ayuda que realizaron los gobernantes indígenas en favor de sus coterráneos, no pueden ser considerados, desde nuestro punto de vista, como los antecedentes directos de las actuales expresiones de seguridad social, ya que se trata de dos concepciones totalmente distintas, divididas en tiempo y espacio, de lo que es el origen y el propósito de las acciones del hombre en favor del hombre.

Por otro lado, mucho se ha insistido en declarar que en estos pueblos no existía la pobreza individual. Sin embargo, al tratarse de sociedades guerreras en las que el dominio estaba sustentado en las armas, resulta poco probable que no existieran grupos minoritarios a los que no se les prestara el apoyo necesario para llevar una existencia digna o para favorecer su desarrollo como célula independiente de la estructura social.

A pesar de lo anterior, el fenómeno de las carencias y de la marginación que son la base de la asistencia otorgada por las instituciones públicas y privadas en nuestros días, tuvo su origen en la transición violenta que sufrieron los pueblos indígenas al verse sometidos por el hombre de la espada y el caballo, quien destruye el sistema político y social existente y transforma a esos grupos minoritarios en la gran mayoría.

Ahora es la colectividad la que vive en el desamparo y la desigualdad social, los cuales son producto del despojo y la violencia ocurridos hace más de 400 años. La miseria de las mayorías llega al continente a bordo de las naves europeas.

### 1.3 La Iglesia ¿cumple su misión?

*"...vinieron. Ellos tenían la Biblia y nosotros teníamos la tierra. Y nos dijeron: 'cierren los ojos y recen'. Y cuando abrimos los ojos, ellos tenían la tierra y nosotros teníamos la Biblia".*

Obispo Desmond Tutu (Sudáfrica)

El siglo XVI de nuestra era fue testigo de uno de los acontecimientos más trascendentales en la historia de México: el desembarco de navegantes españoles en tierras americanas y el triunfo de los intereses particulares de los vencedores sobre los vencidos, que de pronto se encuentran sometidos a una explotación sistemática y permanente.

El conquistador armado y los primeros misioneros llegados de España poco tiempo después, son las figuras principales que dominan la historia de los años iniciales del contacto hispano-indígena. Producto de este contacto, el nativo es arrancado de su tierra, dando origen así a la mendicidad y a la esclavitud, las cuales son retomadas hábilmente por el hombre del hábito y la cruz para justificar su intervención filantrópica y su misión pastoral.

La "conquista espiritual" se inicia con la llegada del primer grupo de frailes franciscanos, en 1523. El principal instrumento para la evangelización de los indios fue el propio indígena, ya que la labor de los misioneros se centra inicialmente en la educación de los jóvenes nativos para lanzarlos después a la aventura de conquistar y occidentalizar su propio mundo. En este sentido, el indígena

americano se convierte, sin proponérselo, en sujeto y en vehículo de la evangelización.

Por otra parte, el miedo al sincretismo religioso indujo a los representantes de la Iglesia Católica a destruir cualquier vestigio de las concepciones mítico-religiosas del mundo antiguo, señalándolos como representaciones de las fuerzas del mal a las que se debería combatir; por este motivo fueron incendiados infinidad de códices, esculturas y templos en los que el predicador cristiano no pudo encontrar significación alguna debido principalmente a sus dogmas de pensamiento occidental.

La Iglesia jugó así un papel importantísimo durante la Colonia. A ella le tocó fundar las primeras instituciones asistenciales del continente, administrar los asuntos espirituales o religiosos, intervenir en todos los actos relativos al estado civil y su registro, impartir la instrucción a todos los niveles, organizar, dirigir y fiscalizar las instituciones de beneficencia y velar por la moral pública.

Por la trascendencia que estas funciones tenían en la esfera social y política, la Iglesia dirigió, más que el gobierno, la vida pública, inmiscuyéndose en asuntos políticos, criticando los actos de los gobernantes, y aún, haciéndoles frente en defensa de sus intereses. Sin embargo, una vez consumada su misión evangelizadora, las actitudes del cuerpo eclesiástico se endurecieron<sup>7</sup>.

En el siglo XVI, como herencia de la mística medieval, la atención al menesteroso estaba subordinada a los preceptos

<sup>7</sup> Muranda, José, et. al. Historia de México. Ed. ECLALSA. México, 1973. pág. 286.

cristianos de piedad, caridad y amor al prójimo. Por este motivo, los primeros hospitales fundados en la Nueva España fueron considerados como instituciones consagradas a cumplir estos deberes cristianos.

Sin embargo, la historia de la asistencia social en esta época permite apreciar las contradicciones propias de la sociedad colonial. Las instituciones sociales surgidas en aquel entonces tendieron a perpetuar las diferencias sobre las que se establecía el orden colonial: las grandes fortunas creadas a partir del despojo y la codicia reinaban sobre la sumisión y la ignorancia de un pueblo caído en la desgracia. Ahora, la norma básica universal de la estructura social era la orientación religiosa de todas las actividades individuales y colectivas.

Por otro lado, la coincidencia de intereses de la Corona Española, la Iglesia y los conquistadores, permitió un auge temprano en la atención del indio, orientada consecuentemente hacia el logro del control religioso, político y económico. La encomienda implicaba evangelización, y la catequesis llevaba consigo la capacitación para el trabajo (agricultura, alfarería y textiles, entre otros) y, por tanto, la explotación de la mano de obra<sup>8</sup>.

El abuso inicial que caracterizó la ambición del conquistador poco a poco fue cediendo terreno al control de la Corona Real, que asume su responsabilidad en la toma de decisiones ejerciendo un mayor control sobre esos abusos y fomentando una política deliberada de protección legal al indígena.

<sup>8</sup> Gonzalbo, A. P. Historia de La Educación en la época Colonial. El mundo indígena. El Colegio de México, 1990. pág. 242.

Esto se puede observar en la gran cantidad de Cédulas Reales emitidas por la Corona Española que fueron enviadas a los Virreyes de la Nueva España, en las que se autoriza la creación de innumerables instituciones benefactoras y se sugiere la protección y abrigo de los niños abandonados en algún "lugar que para eso fuese señalado o de recogerlos y ponerlos al servicio de la iglesia si tuvieran habilidad para ello"<sup>9</sup>.

En cuanto a las acciones de beneficencia, los conquistadores españoles siguieron en la Nueva España, desde los primeros años de la colonia, los usos y costumbres de su país de origen, y fueron enmarcadas principalmente en los rubros de salud, educación y seguridad laboral.

### Salud

La historia oficial de la asistencia en México<sup>10</sup> registra que el propio Hernán Cortés fundó en 1524 el Hospital de la Purísima Concepción o Jesús Nazareno, que más tarde fuera conocido con el nombre de Hospital de Jesús, el cual se destinó para atender específicamente a los españoles y tenía un carácter general, es decir, que atendía todo tipo de enfermedades con excepción de las contagiosas.

Poco tiempo después, en 1529, fray Pedro de Gante funda el Hospital Real de Naturales y la escuela de San José, en donde se atendía principalmente a los niños indígenas, tanto en el aspecto médico como en el educativo. Fray Juan de Zumárraga, primer obispo de la Nueva España, establece el Hospital Real de Bubas en 1534.

<sup>9</sup> Gonzalbo, A. P. Op. Cit. pág. 199.

<sup>10</sup> Alvarez Amezquita, José. et. al. Historia de La Salubridad y de La Asistencia en México. SSA. México, 1960. Tomo III.

Otros hospitales que aparecen durante la colonia fueron: el Hospital del Amor de Dios para sifilíticos, establecido en 1540; Hospital de Indios, para víctimas de epidemias e inundaciones, creado en 1553 por el virrey Luis de Velasco; Hospital de San Hipólito, para enfermos mentales, fundado en 1567 por fray Bernardino Alvarez; Hospital de San Lázaro, para leprosos, en 1571, y el Hospital de la Epifanía, en 1582, por Pedro López, éste último también fue de carácter general e incluía la atención de niños expósitos; Hospital de Betlemitas, en 1675; Hospital del Divino Salvador, para mujeres dementes, en 1700 por José Sáyago; Hospital de Terceros, en 1756, exclusivamente para jesuitas, y Hospital de San Andrés, en 1779<sup>41</sup>.

Desde mediados del siglo XVI y hasta 1855, funcionó el Hospital de la Santísima Trinidad, para sacerdotes que padecían trastornos mentales. Se estableció primero como hospedería, más tarde se convirtió en asilo de ancianos y, por último, en hospital para enfermos mentales o con demencia senil.

Durante los tres siglos de la dominación española se fundaron en la Ciudad de México 16 pequeños hospitales, dos asilos y un monte de piedad; en el resto del país se crearon 74 hospitales.

### Educación

La época de mayor fervor misionero fue también la de realizaciones más fructíferas en el terreno asistencial, principalmente el educativo. En él se establecieron los internados conventuales, los hospitales y casas de protección

<sup>41</sup> Soberón, G. op. cit. pág. 48.



a desamparados, los talleres artesanales, los colegios para niñas, los cursos de gramática latina y la evangelización en lenguas indígenas.

En el aspecto educativo, se establecieron infinidad de centros educativos, atendidos en su mayoría por frailes, en los que se llevaba a cabo la educación formal de los hijos de españoles nacidos tanto en Europa como en América y de los niños indígenas, mestizos y criollos.

Así tenemos, por ejemplo, que en el año de 1523, tan sólo dos después de la conquista, se crea en Texcoco la primera Escuela para Niñas, que puede considerarse como el primer servicio social asistencial instaurado en el nuevo mundo<sup>12</sup>.

Otras escuelas fueron: el Colegio de San Juan de Letrán, y el Colegio de Nuestra Señora de la Caridad, fundados en 1529 y en 1533 respectivamente, por fray Juan de Zumárraga; el Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco, fundado en 1536 para la enseñanza superior de los naturales; la Real y Pontificia Universidad de México, en 1553, la cual constituyó la primera universidad surgida en el Nuevo Continente; el Colegio de San Pedro y San Pablo, establecido en 1572; el Colegio de San Gregorio (con internado), en 1575, exclusivo para indígenas; el Colegio de Infantes, fundado en 1734, que proporcionaba servicio gratuito a los miembros del coro de la Catedral; el Colegio de Nuestra Señora de Guadalupe para niñas indígenas, en 1759; el Colegio de las Vizcainas, en 1767; y el Colegio Real de Minas, fundado en 1792<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Programas Institucionales. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF. México, 1983. pág. 4.

<sup>13</sup> Diccionario de Historia, Biografía y Geografía de México. Ed. Porrúa. México, 1986. pág. 953.

En este periodo, también funcionaron las casas de la "Amiga", que eran escuelas en donde las mujeres de edad y con cierto grado de preparación impartían instrucción elemental, capacitación artesanal y adoctrinamiento religioso a niñas.

Es importante señalar que durante los casi 300 años de vida de la Nueva España, la mayor parte de la población fue analfabeta, sin que llegase a apreciarse un notable progreso de la alfabetización antes de las últimas décadas de existencia colonial, cuando la Ilustración, característica de la época independiente, recomendó por decreto el establecimiento de escuelas en ciudades y comunidades rurales.

### **Seguridad Social**

El grado de organización alcanzado en la estructura y la división del trabajo en esta época, se vio reflejado en el surgimiento de las primeras agrupaciones de artesanos, las cofradías, que tenían como uno de sus objetivos el establecimiento de instituciones de beneficencia pública destinadas a socorrer a los compañeros menesterosos, ancianos, enfermos o lisiados, mediante una caja de ahorros. Estos gremios y cofradías constituyen el antecedente más representativo del actual sistema de seguridad social<sup>14</sup>.

Durante el periodo colonial, sobresalen las obras pías llevadas a cabo por el esfuerzo y la buena voluntad de verdaderos filántropos, entre los que sobresalen el obispo de Michoacán, Vasco de Quiroga, quien fundó en 1532 el Hospital de la Santa Fe en México. Dicho hospital fue originalmente un asilo para niños expósitos y después se amplió hasta

<sup>14</sup> Soberón, G. Op. Cit. pág. 20.

convertirse en una cooperativa de producción y consumo. Posteriormente, estableció otro Hospital de Indios en la ciudad de Pátzcuaro.

En 1566, un soldado español de nombre Bernardino Alvarez se propuso fundar un hospital para dementes y enajenados, al que se le dió el nombre de San Hipólito, convirtiéndose así en la primera institución psiquiátrica establecida en América.

Para atender y socorrer a los enfermos, estableció una cofradía que llamó Hermanos de la Caridad, sin embargo, estos esfuerzos por brindar asistencia hospitalaria a personas con afecciones mentales no fructificó y el hospital tuvo que ser cerrado por las denuncias que recibió respecto a las deplorables condiciones en que operaba.

Por otro lado, Fray Bartolomé de las Casas, abogado máximo de los indios y obispo de Chiapas, libró una enconada batalla con los encomenderos de la región, reacios a acatar las disposiciones dictadas por los monarcas en favor de los indígenas.

### Mestizaje

"Fruto de uniones ocasionales entre soldados y mujeres indígenas de los pueblos sometidos, el mestizaje se convirtió en compleja mezcla de diversas etnias, con porcentajes variados y en crisol de caracteres biológicos diversos, en el que se fraguaba un nuevo y heterogéneo grupo social: el de las castas"<sup>15</sup>.

A mediados del siglo XVI, y aunque la legislación de

<sup>15</sup> Gonzalbo, A. P. Op. Cit. pág. 107.

Indias no los mencionaba todavía, los mestizos estaban presentes en la sociedad novohispana y eran testimonio vivo de la sociedad del impulso primario de los invasores y de la debilidad e indefensión de las mujeres indígenas.

Los franciscanos de la Ciudad de México, el Cabildo de la capital y el primer Virrey Don Antonio de Mendoza, compartieron la preocupación por los niños abandonados, rechazados por ambos progenitores o sostenidos por sus madres en situación de miseria e ignorancia.

En estas preocupaciones tuvo especial interés el cantor de la Catedral Metropolitana, Fernando Ortíz Cortés, quien después de encontrar a una criatura hambrienta junto al cadáver de su madre, resolvió dedicar su tiempo y riqueza a fundar, en 1760, un establecimiento de ayuda a niños expósitos en extrema necesidad, siendo autorizado por el Rey de España, Carlos III, con lo que se da la primera manifestación en la Colonia de la actual casa cuna.<sup>16</sup>

El mestizaje fue una realidad extraña al primitivo proyecto de sociedad planeado por las autoridades religiosas y civiles de la Nueva España. Su rápido crecimiento, convirtió a este grupo social en el segundo más importante durante el virreinato con lo se rompe el esquema original de las dos repúblicas, de indios y de españoles, en el que no se anticipa la incorporación de una raza terciaria.

Pese a todos los esfuerzos realizados por los seculares y por los miembros del clero por asistir a las clases, menesterosas y lograr que se extendiera hacia toda la población el ideal máximo de la caridad cristiana, sus

<sup>16</sup>Programas Institucionales. Op. Cit. pág. 5.

acciones resultaron aisladas e incoordinadas entre sí y un tanto ajenas al contexto de la realidad social que se vivía. La miseria crónica de hospitales, asilos y colegios aunada a la miseria de las mayorías, trastocó el orden social de la Colonia dando impulso, en buena medida, al movimiento de emancipación iniciado en 1810.

#### 1.4 La institucionalización de la filantropía

Poco antes de que se iniciara la época independiente, ocurre en nuestro país una serie de transformaciones políticas, económicas y sociales de gran trascendencia.

Este periodo se caracterizó por una fuerte expansión del territorio nacional hacia el norte; la población aumentó de dos a seis millones de habitantes y el país es dividido en intendencias, que fueron la base de la futura división en estados<sup>17</sup>. En el aspecto económico, se observa un gran desarrollo de la industria minera y del comercio exterior.

Los indios, mestizos, mulatos, negros y criollos pobres de la época, son testigos del surgimiento de una clase media, amiga de los humildes, que emprenderá una tarea filantrópica de emancipación comparable sólo con la realizada por los misioneros del siglo XVI. A estos hombres se les conoce con el nombre de los humanistas<sup>18</sup>, quienes propusieron acabar con el yugo español para resolver las grandes desigualdades sociales y difundieron la idea de la lucha armada, convirtiéndose de esta manera en los precursores directos del

<sup>17</sup> Cosío Vallegas, D. *Historia mínima de México*. El Colegio de México. México, 1974. pág. 73.

<sup>18</sup> Idem.

movimiento insurgente iniciado a principios del siglo pasado.

Poco tiempo después, en plena época independiente, surge un documento llamado "Los Sentimientos de la Nación", el cual fue presentado por José María Morelos y Pavón al Congreso de Chilpancingo, en 1813, en el que se expresan los ideales de seguridad e igualdad sociales como principios ideológicos de la Constitución de Apatzingán<sup>19</sup>.

Al consumarse la Independencia, en septiembre de 1821, el país se encuentra con sus recursos naturales disminuídos, con poca población, desorganización social y sobre todo, con un gran desajuste económico y político generados por la lucha armada. En el orden social había mucho que hacer.

No obstante, la creación de hospitales y establecimientos de beneficencia se ve reducida considerablemente durante esta época, son pocos los edificios construídos exprofeso para fines asistenciales. La incertidumbre que imperaba en todos los ámbitos, propició, además, la decadencia de muchas de las instituciones fundadas en el siglo XVI, que cada vez tenían menos recursos debido a la suspensión de donativos por parte de los particulares.

En este período, continuó funcionando en México la caridad privada y religiosa en las lamentables condiciones de desorganización que imperaron durante la colonia, debido principalmente a la lucha libertaria que aumentó la pobreza en todo el país.

Para contrarrestar el caos asistencial, el gobierno de la ciudad decidió que la Secretaría de Gobernación ejerciera la inspección de los establecimientos que eran administrados por el ayuntamiento, como los Hospitales de San Lázaro y de San

<sup>19</sup> Miranda, José. Op. Cit. pág. 374.

Hipólito, y que la Secretaría de Justicia vigilara los que dependían de la comunidad eclesiástica como el Hospital de San Andrés, las casas cuna y las cofradías.

Las ideas liberales del Presidente Juan Alvarez (1855-56), ofrecieron las condiciones idóneas para la promulgación de la Ley Juárez, puesta en vigor el 23 de noviembre de 1855, que suprime los fueros y privilegios del clero y del ejército y declara la igualdad ciudadana ante la Ley<sup>20</sup>.

Con la Constitución de 1857 se inicia la etapa denominada como "la Reforma", en la cual se instituye la forma de gobierno republicano, representativo y federal, integrado por los tres poderes y reconociendo la soberanía del pueblo, ejercida a través del voto, los derechos del hombre y del ciudadano. La vida democrática tuvo como principios la libertad, seguridad, igualdad y propiedad.

Fue el gobierno del Presidente Juárez el primero en reconocer en México que el Estado tenía la obligación de asistir a las clases menesterosas y, a la vez, facultades para legislar sobre la materia. Sostuvo, además, que los actos de asistencia ejecutados por él son una obligación de carácter social, y no sólo manifestaciones de caridad ni de buenos sentimientos. Esta nueva concepción de la asistencia social fue vertida en los preceptos promulgados por las Leyes de Reforma de 1859-1860<sup>21</sup>.

Para tales fines, fueron expedidos algunos decretos de secularización de hospitales y establecimientos de beneficencia; sin embargo, el Estado carecía de los recursos suficientes para el sostenimiento de estas instituciones por

<sup>20</sup> Miranda, J. et. al. Op. Cit. pág. 465.

<sup>21</sup> Alvarez Amezcua, J. Op. Cit. pág. 483.

lo que reconoció que la ayuda privada no se oponía al control gubernamental. Por este motivo, el Estado trata de inspirar confianza y seguridad a la sociedad civil para que continúe amparando las acciones de asistencia a la población con carencias.

El 12 de julio de 1859, entran en dominio de la Nación todos los bienes del clero secular y regular. Dos años más tarde, en 1861, se inicia la etapa en que se deja al margen la caridad cristiana y se inicia la Beneficencia Pública como función del Estado, mediante el decreto presidencial emitido el 2 de febrero.

En este mismo año, el Gobierno de la Nación asume la dirección, cuidado y mantenimiento de los establecimientos asistenciales del Distrito Federal mientras que los gobiernos estatales, se hacen cargo de sus instituciones respectivas.

También se crea la Dirección General de Beneficencia Pública, como órgano administrativo y de control, adscrito a la Secretaría de Gobernación y la Dirección General de Fondos de la Beneficencia, dependiente del Ministro de Gobernación.

A pesar de que fueron pocos los establecimientos de beneficencia creados en este período, su importancia en el terreno asistencial radica en el grado de especialización que van alcanzado al atender problemas muy particulares de la población necesitada. Así tenemos, por ejemplo, que en el año de 1841 se establece con el apoyo del ayuntamiento, el primer centro correccional para jóvenes, cuyo propósito era separar a los menores delincuentes del resto de los presos adultos confinados en la Cárcel Nacional.

Un año después se forma la Sociedad de Beneficencia Española, que estableció un hospital y un asilo para



ancianos. En 1843, las Hermanas de la Caridad establecen un centro de atención a enfermos, ancianos, niños y enfermos mentales, que funcionó hasta 1874. En este mismo año se fundo la Sociedad de San Vicente de Paul, constituida por seglares, para atender enfermos, ancianos y menesterosos.

En 1846 se organizó la Sociedad de Beneficencia para la Educación y Amparo de la Niñez desvalida y un año mas tarde se crea el Hospital Municipal de San Pablo (hoy Hospital Juárez). Años después, en 1855, se funda el Hospital Militar y en 1863 se establecen las Salas de Asilo para Niños, las cuales funcionaban como estancias infantiles para hijos de madres obreras, costureras, modistas en talleres y vendedoras en mercados.

Fue en esta época de transición de la asistencia social cuando aparecen las primeras instituciones especializadas para minusválidos. La historia oficial reconoce el surgimiento de la educación especial en México con la aparición de la primera Escuela Nacional para Sordomudos, fundada el 19 de abril de 1861 por el señor Justo Benitez.

En 1866, el señor Eduard Huet, sordomudo de nacimiento, funda también una escuela para atender estas afecciones y en 1870, se abre una escuela para ciegos, en la que se instruía a los invidentes mediante el método Braille, además de recibir clases de música y actividades manuales. En mayo de 1876 aparece la Clínica Valdiviesco, para atender a personas sin recursos que padecían enfermedades de la vista <sup>22</sup>.

Al dictarse las Leyes de Reforma y crearse el Registro Civil, se da lugar a los primeros actos de la Beneficencia Pública, forma oficializada de la caridad cristiana y precursora de la asistencia pública y privada actual.

<sup>22</sup> Soberón, G. Op. Cit. pág. 24.

## 1.5 Los beneficios de la Beneficencia

Tanto en México como en otros países, el pensamiento liberal imperante en el siglo pasado dio al Estado muy poca intervención en materia de asistencia, ya que ésta era proporcionada por los particulares o por las corporaciones religiosas.

Sin embargo, en el año de 1861, el gobierno del presidente Juárez reconoció que la atención a las clases menesterosas en nuestro país era obligación del propio Estado, sin que estos actos estuvieran revestidos por un sentimiento de misericordia o de caridad, propio de las instituciones religiosas, sino como una obligación de carácter social.

El período conocido como la Beneficencia Pública en nuestro país, se ubica en el lapso comprendido entre la Reforma y la época actual, hasta el año de 1938, cuando se transforma el concepto en Asistencia Pública.

Durante el Imperio de Maximiliano (1864-1867) resurgió el interés por los hospitales y la salud pública; se crearon nuevas instituciones de beneficencia y funcionaron activamente el Consejo de Salubridad y el Consejo General de Beneficencia. Poco tiempo después, al restaurarse la República (1867), se determinó la gratuidad de la educación elemental para los pobres y su obligatoriedad para todos los mexicanos.<sup>23</sup>

En el período comprendido por la dictadura del general Porfirio Díaz, quien gobernó de 1876 a 1880 y de 1884 a 1911, la asistencia pública tuvo avances significativos, a la vez se da un gran impulso a la aparición de nuevas instituciones

<sup>23</sup> Soberón, G. Op. cit. pág. 25.

de asistencia privada, mediante estímulos fiscales y seguridad jurídica.

En 1897, se creó la Dirección General de Beneficencia, órgano integrado por los directores de las instituciones de asistencia pública, el cual cambia su denominación, en 1903, por la de Junta de Beneficencia Pública.<sup>24</sup> Esta Dirección se preocupó por mejorar las instalaciones y los programas de los establecimientos asistenciales deteriorados por la inestabilidad política, introduciendo novedades científicas y capacitando a su personal.

El 10 de septiembre de 1895, el presidente Díaz emite una circular en la que señala la importancia que tiene la Beneficencia Privada en las acciones que realiza el Estado para apoyar a los grupos más necesitados de la sociedad:

"La Beneficencia Pública no basta por sí sola para la satisfacción de las necesidades más apremiantes de la clase indigente y desvalida, y es preciso fijar la atención en la manera más eficaz de alentar el impulso generoso de los particulares en pro de tan elevados fines... la Beneficencia Privada, reconocida en todos los países cultos como el medio más seguro y natural de acudir a los dolores y miserias de la humanidad, se encuentra abatida entre nosotros por el temor que han podido abrigar los benefactores, de que los capitales por ellos destinados a obras de caridad, y por la desconfianza de que los ejecutores testamentarios pudieran frustrar con una administración fraudulenta el cumplimiento de tan sagrados fines."<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Ibíd. pag. 26.

<sup>25</sup> Alvarez Amezcuita, J. Op. Cit. pág. 521

Sin embargo, fue hasta el 7 de noviembre de 1899, cuando se reconoce y concede personalidad moral a esas obras benéficas, expidiéndose la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales. El cumplimiento de dicha ley estuvo a cargo del poder público y su principal finalidad fue aprovechar los esfuerzos y ayudas de la beneficencia privada.<sup>26</sup>

Con esta ley se instaló formalmente la ayuda de los particulares, y constituye el antecedente directo de la actual Ley de Instituciones de Asistencia Privada.

A pesar de que no se incrementó el número de establecimientos públicos de beneficencia durante este periodo (con excepción del Hospital General y del Hospicio de Niños), aparecen en cambio algunas instituciones particulares como el Hospital Concepción Béistegui, el Asilo de Mendigos de Díaz de León y talleres de costura para mujeres pobres y un dormitorio público fundados por la Sociedad Filantrópica Mexicana.

En los últimos años del Porfiriato, las antiguas instalaciones de alojamiento para los enfermos mentales se vieron favorecidas por el desarrollo acelerado de las ciencias médicas. A raíz de esto, los doctores Labastida y Alvarado y Peón del Valle, pioneros de la psiquiatría en México, proponen la creación de un manicomio general que reuniera las condiciones tanto de estructura como de personal médico especializado.

Acorde con esta iniciativa, la Secretaría de Gobernación

<sup>26</sup> Enfoque sobre La Beneficencia Pública. S. S. A. Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública. México, 1984. pág. 6.

adquiere, en 1908, la exhacienda de la Castañeda en Mixcoac y se construye el Manicomio General que fue inaugurado el 10. de septiembre de 1910, lugar al que fueron asignados los enfermos atendidos en los viejos hospitales de San Hipolito y el Divino Salvador. Proyectado inicialmente para alojar a 800 enfermos, pronto alcanzó un sobrecupo de 3 500, y tan sólo diez años después de su fundación el manicomio ya presentaba un gran deterioro en sus instalaciones.<sup>27</sup>

La Revolución Mexicana, iniciada en 1910, trajo consigo cambios importantes en el ambito asistencial al introducir los preceptos de justicia e igualdad sociales, sin embargo, durante el proceso revolucionario en el que predominó la lucha armada, las acciones de asistencia pública pasaron a un plano marginal.

A finales de 1914, el gobierno revolucionario constitucionalista, encabezado por Venustiano Carranza, reorganiza temporalmente la asistencia pública mediante la creacion de puestos de socorro para proporcionar alimentos a las clases necesitadas. En 1915, se trató de resolver la crisis social con la creación temporal del Departamento de Auxilios al Pueblo, que se encargó de controlar la venta de productos alimenticios de primera necesidad, como pan, tortillas y carne, y con el establecimiento de comedores públicos en la periferia de la ciudad.

Con estas acciones se da inicio al proceso de reconstrucción política, social y económica del país, con la intención de dar un poco de alivio a quienes padecían en carne propia las molestas consecuencias del proceso revolucionario. Los hospitales, asilos de huérfanos y ancianos, escuelas y demás instituciones fueron rehabilitados

<sup>27</sup> Alvarez Amezquita, J. et al. Op. Cit. Tomo III, pág. 533.

de acuerdo con sus funciones.

De esta manera, los hospitales General, Juárez, Morelos y Homeopático, proporcionan atención gratuita a la población; el Manicomio General reinicia sus servicios asistenciales a personas con trastornos psíquicos; los consultorios públicos otorgan consultas y medicamentos gratuitos; los minusválidos reciben nuevamente atención en las escuelas Nacional de Ciegos y Nacional de Sordomudos; los niños huérfanos reciben educación, atención para la salud y capacitación en las escuelas industriales para Huérfanos y en el Hospicio de Niños. En la Casa de la Amiga, se proporciona instrucción elemental y alimentación a los hijos de madres trabajadoras.

Por otra parte, en los comedores y baños públicos, se atiende a la población en estado de indigencia o pobreza: en los asilos y casas cuna constitucionalistas los niños huérfanos y ancianos desamparados reciben educación, vivienda y alimentación.

La época posrevolucionaria se destaca por los movimientos que en materia administrativa tiene el Patrimonio de la Beneficencia Pública, al pasar de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Departamento del Distrito Federal, hasta quedar finalmente bajo el control de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1920, el Gobierno reorganiza la Beneficencia Pública asignándole, en su totalidad, los productos de la Lotería Nacional.<sup>28</sup> En 1929, la señora Carmen García de Portes Gil fundó los centros denominados "Gota de Leche", los cuales otorgaban leche y desayunos a los escolares desnutridos de la

<sup>28</sup> Programas Institucionales. Op. Cit. pág. 6.

ciudad.<sup>29</sup>

Durante el régimen administrativo del presidente Abelardo L. Rodríguez (1932-1934), se inicia la construcción del Hospital del Niño, del Hospital Central, Hospitales de Emergencia, así como la renovación de los establecimientos de ayuda existentes hasta ese entonces.

### 1.6 La Asistencia Social como derecho y como obligación

En su devenir histórico, el concepto de asistencia social ha sufrido diversas transformaciones que, partiendo de las místicas creencias de la caridad cristiana y de las otrora novedosas concepciones de beneficencia pública, lo han consagrado como un derecho inherente a toda persona y como una obligación del Estado, basados en los principios de igualdad y justicia social.

La Asistencia Pública no es otra cosa que la asistencia social proporcionada por el Estado mediante sus instituciones; mientras que la Asistencia Privada es aquella en donde los particulares, como un acto de altruismo y filantropía, participan desinteresadamente en la procuración del bienestar social.

La Asistencia Privada nace a partir de la gran demanda de servicios asistenciales que plantea la población marginada del país y de la seria limitación de recursos que el sector público puede destinar para cubrirlos.

<sup>29</sup> Soberón, G. Op. Cit. p. 29.

### 1.6.1 Lo Público

La asistencia pública en México tiene sus orígenes, como ya hemos visto, en los hospitales de beneficencia y orfanatos creados en el siglo XVI. Después aparecieron los establecimientos públicos que fueron regulados por la legislación característica de los siglos XVII y XVIII.

En la época de la Independencia aparecen las instituciones republicanas (aunque éstas se consolidaron tiempo después), y con el triunfo del movimiento revolucionario iniciado en 1910, se instituyen las garantías sociales plasmadas en la Constitución Política del 1917.

#### Instituto Mexicano del Seguro Social

Las instituciones públicas de asistencia y seguridad social, devienen del cumplimiento cabal de nuestra Carta Magna, la cual incorporó los derechos individuales consagrados por el documento fundamental "Los Sentimientos de la Nación" del padre Morelos y adicionó las garantías sociales destinadas a la protección de los distintos grupos sociales.

Después de elaborada la Constitución, se hicieron diversas modificaciones relativas al capítulo del trabajo y la previsión social. En 1938 se envió a las Cámaras una iniciativa para el establecimiento del Instituto Nacional del Seguro Social, sin embargo, la propuesta de ley no fue discutida sino hasta 1942, cuando el Presidente Manuel Avila Camacho envía un proyecto que satisface la inquietud de los legisladores y el 19 de enero de 1943, se publica la Ley correspondiente iniciando de inmediato sus funciones el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).



Dicha Ley estaba destinada principalmente a procurar el bienestar de todos los mexicanos sujetos a una relación laboral y a evitar que la miseria y la angustia azotaran los grandes sectores de la población.

Durante el gobierno del presidente Adolfo Ruíz Cortines (1952-1958) se realizaron campañas para proteger a la niñez de la desnutrición, y se puso en servicio el Hospital de la Raza; asimismo, se inició la construcción del Centro Médico Nacional y fue creada la Casa del Asegurado, todos ellos dependientes del Instituto. En el mes de julio de 1997 se aprueba la actual Ley del Seguro Social.

#### Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

Por su parte, el ISSSTE tiene como antecedente a la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, fundada en 1925, que otorgaba exclusivamente pensiones por vejez, invalidez, muerte o retiro, la cual fue reformada en 1947 a instancias de los trabajadores del Estado que venían luchando por mejores condiciones de vida .

Posteriormente, para poder invertir los excedentes del fondo de pensiones, se puso en práctica un sistema de préstamos a los trabajadores del Estado para el financiamiento de casas-habitación o de préstamos menores. La prestación médica no estaba incluida en los servicios que proporcionaba esta Dirección.

El 31 de diciembre de 1959, durante la administración del presidente Adolfo López Mateos, la Ley del ISSSTE abroga la Ley de Pensiones Civiles de 1947 y promueve la protección para el trabajador no solo en materia de riesgos de trabajo,

sino también en cuanto a la atención médica y los servicios sociales a los trabajadores y sus familias tales como las acciones preventivas y de fomento a la salud; las de formación y capacitación; aquellas que tienen que ver con el individuo enfermo y su rehabilitación; las de protección de los medios de subsistencia de los trabajadores y las que permiten otorgar algunos servicios sociales fundamentales como deportivos, centros turísticos y funerales. En 1987, se elaboró la actual Ley del Instituto.

### Secretaría de Salud

Por otro lado, el 31 de diciembre de 1937, se creó la Secretaría de la Asistencia Pública, la cual se encargó de la administración y sostenimiento de los hospitales, dispensarios y establecimientos similares que en ese entonces tenía a su cargo la Beneficencia Pública. Esta Secretaría fue facultada para atender las necesidades sociales en general de las clases menesterosas, débiles sociales e inválidos y todos aquellos que no tienen capacidad de suministrarse protección en casos de desamparo.

El término de asistencia pública se usa por primera vez en México al crearse este organismo. La iniciativa de ley enviada por el Presidente Lázaro Cárdenas al Congreso, contiene una síntesis sobre el sentido y alcance de este nuevo concepto, al expresar que:

"El Estado Mexicano reconoce que debe de sustituirse el concepto de Beneficencia por el de Asistencia Pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben de tender a su desarrollo integral sin limitarse a

satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzarse por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país... organizándose la nueva Secretaría en forma que le permita al mismo tiempo que utiliza las cantidades que el erario federal le asigne, disfrutar de los productos de la Beneficencia Pública y Privada sin que por ello se confundan o desaparezcan los patrimonios respectivos...".<sup>30</sup>

En junio de 1937, el presidente Cárdenas decretó la creación del Departamento de Asistencia Infantil, que reunió a los Servicios de Asistencia Social Infantil de Salubridad Pública, los Jardines de Niños de la Secretaría de Educación Pública y las Instituciones de Asistencia Social de Madres y Niños de la Beneficencia Pública del D.F. Seis meses más tarde, los servicios de Higiene Materno Infantil, pasaron a la nueva Secretaría de Asistencia Pública, la cual inició sus actividades el 3 de enero de 1938, correspondiéndole además, vigilar la Beneficencia Privada, la cual quedó integrada a los servicios de Salubridad Federal.

La Secretaría de la Asistencia Pública, perduró hasta el 18 de octubre de 1943, fecha en que se fusionaron sus actividades con las del Departamento de Salubridad Pública, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), cuyos objetivos eran cuidar de la niñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México, sin descuidar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, aumentar la capacidad de los trabajadores, de la familia y de la comunidad con carencias.

<sup>30</sup> Enfoque sobre La Beneficencia Pública. Op. Cit. pág. 11.

## Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El 31 de enero de 1961, se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), como el organismo público descentralizado encargado de atender la creciente demanda de los servicios asistenciales de desayunos escolares otorgados por la Asociación de Protección a la Infancia, A.C. desde 1929.<sup>31</sup>

Siete años más tarde, en 1968, siendo presidente de la República el licenciado Gustavo Díaz Ordaz, se organiza la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), destinada a resolver problemas de salud, maltrato, abandono y explotación de menores. Para 1975, desaparece el Instituto y se crea el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, lo cual se llevó a cabo mediante el decreto del 30 de diciembre de ese año.

El 10 de enero de 1977, bajo el mandato del presidente José López Portillo, se fusionan ambos institutos con el propósito de reorganizar la estructura administrativa de la asistencia social a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), encargado de los programas de asistencia social y atención médica a menores de edad y personas de escasos recursos.

Entre sus objetivos están el promover el bienestar social conforme a las normas de la Secretaría de Salud; apoyar el desarrollo de la familia y la comunidad; fomentar la educación; impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez; atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada; operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de

<sup>31</sup> Soberón, G. Op. Cit. pág. 56.

ancianos desamparados y de minusvalidos; prestar servicios de asesoría jurídica a menores, ancianos y minusvalidos sin recursos; intervenir en la tutela de los menores que corresponda al Estado y auxiliar al Ministerio Público en la protección de incapaces.

Por otro lado, en 1970 nacen los Centros de Integración Juvenil, con el propósito de realizar acciones de investigación, prevención y tratamiento en el área de la salud mental, así como la rehabilitación de farmaco dependientes.

Los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública se instituyen en 1978 con la finalidad de incrementar los recursos financieros que desde 1920 la Lotería Nacional destina a las acciones asistenciales.

En la misma década de los setentas, surgen el INFONAVIT y el FONACOT, para promover la vivienda popular y para proporcionar créditos con tasas preferenciales de interés a los trabajadores de bajos ingresos para adquirir muebles y enseres domésticos, respectivamente.

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), se fundó en el año de 1979 con la intención de proporcionar a la población de más de 60 años asistencia económica, tarjeta de descuento, bolsa de trabajo, cursos, asesoría jurídica, médica, educativa y de investigación sobre la senectud.

Como parte integrante de las políticas de bienestar social, el Departamento del D.F., ha establecido desde los años veintes programas de asistencia como los centros de protección social, albergues temporales para la población infantil y senecta, centros de medicina preventiva y hospitales, así como asesoría jurídica.

El Sistema de Seguridad Social, a nivel nacional, está integrado en la actualidad por cuatro grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de población claramente diferenciados. El IMSS, atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el ISSSTE, a quienes prestan sus servicios en las dependencias del Estado; la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX), a quienes sirven en su estructura y finalmente, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que atiende a los cuerpos militares incorporados al sector.

A pesar de todos estos esfuerzos realizados por el gobierno federal para asistir a las poblaciones más desprotegidas del país, actualmente existen cerca de 5 millones de mexicanos que no cuentan con los servicios médicos indispensables para resolver sus problemas de salud más elementales.

### 1.6.2 Lo Privado

Como se ha podido constatar a lo largo de este capítulo, los primeros actos de caridad dirigidos a las poblaciones más necesitadas fueron realizados por clérigos y particulares durante la época de la Colonia. Posteriormente al movimiento de Independencia, la gran cantidad y variedad de obras asistenciales iniciadas por los misioneros españoles, dan un giro importante durante el periodo de Reforma, en la que aparece el concepto de Beneficencia Pública, forma oficial de la caridad cristiana y precursora de la asistencia social pública y privada actual.

La Asistencia Social Privada se define como aquella que es "proporcionada por los particulares, como personas físicas o

morales, que con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines asistenciales humanitarios, sin propósito de lucro, a quienes el Estado reconoce personalidad jurídica, al estar constituidos institucionalmente y tener capacidad patrimonial propia para la realización de los objetivos asistenciales antes señalados".<sup>32</sup>

Las acciones que realizan las instituciones privadas en favor de los sectores más desprotegidos, apoyan al Estado Mexicano en la solución de los graves problemas asistenciales que aquejan a la población, por esta razón han sido consideradas oficialmente de "utilidad pública". Esta condición es favorecida por el Estado al exceptuarlas del pago de cualquier tipo de impuestos, tanto locales como federales.

Al inicio del presente escrito nos referimos a la conceptualización que se tiene en nuestros días del término de Asistencia Social. En dicho apartado hicimos mención de la Junta de Asistencia Privada como el órgano mediante el cual la administración pública cuida, vigila y asesora a las instituciones incorporadas a aquella, velando por el cumplimiento de sus objetivos asistenciales; la óptima utilización y administración de sus recursos patrimoniales y la prestación de servicios a la población necesitada.

Sin embargo, es importante aclarar que no todas las organizaciones o asociaciones particulares que trabajan en beneficio de las clases marginadas, tienen el deber de pertenecer a este organismo, lo cual no las exceptúa de recibir los beneficios fiscales señalados con anterioridad.

La Junta de Asistencia establece dos tipos de instituciones de asistencia privada: las fundaciones y las

<sup>32</sup> Ley de Instituciones de Asistencia Privada. Op. Cit. pág. 7.

asociaciones. La primera de ellas están constituidas por personas morales que destinan sus bienes de propiedad privada a la realización de actos asistenciales, creándose para tal fin un patrimonio.

Las asociaciones, por su parte, son personas morales que por propia voluntad se constituyen como tales, y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, estando en la libertad de que los asociados contribuyan, además, con servicios personales.

La función asistencial que desarrollan ambas instituciones puede clasificarse de la siguiente manera:

- . Asistencia al anciano, constituida principalmente por hogares sustitutos para los senectos (asilos) y por centros laborales.
- . Asistencia a la niñez y a la juventud, que comprende albergues y hogares sustitutos que proporcionan atención integral a esta población.
- . Asistencia en la educación, conformada por instituciones de educación básica, media, técnica y especializada.
- . Asistencia médica, proporcionada por clínicas, hospitales generales, dispensarios, hospitales especializados y centros de rehabilitación.
- . Ayudas económicas, en las que se otorgan becas de estudio, pensiones, apoyo económico en gastos médicos, ayudas esporádicas, en especie y préstamos prendarios.
- . Comités de damas voluntarias, quienes ofrecen ayudas materiales en hospitales.
- . Promotoras de programas, que son instituciones que atienden problemas comunitarios.
- . Centros populares, que prestan servicios varios como lavado y venta de ropa, así como cursos de corte y alfabetización.
- . Instituciones funerarias, que proporcionan servicios de inhumación y panteones.
- . Ecología y derechos humanos.



Hasta el año pasado, la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal reportó a 387 instituciones de asistencia privada constituidas en favor de los grupos de población más vulnerables, lo que representa un aumento del 200% desde 1988.

Es importante señalar que de acuerdo con las palabras del Arzobispo Primado de México, Norberto Rivera Carrera, durante la Primera Reunión de Patronos y Directivos de Instituciones de Asistencia Privada, llevada a cabo en la Ciudad de México en mayo de 1996, el 92% de las instituciones de asistencia privada "son de inspiración católica, y directamente auspiciadas por organizaciones religiosas de la Iglesia Católica, un 40%".<sup>33</sup>

En este sentido, el marco legal vigente de la asistencia privada no impide que la Iglesia, y en general las asociaciones religiosas, puedan constituir, dirigir y administrar instituciones particulares de asistencia.

En la historia reciente de nuestro país, existen innumerables ejemplos del surgimiento de fundaciones o asociaciones de asistencia privada encargadas de proveer atención médica, alojamiento y educación a menores en estado de desamparo, sujetos a maltrato o con requerimientos especiales de educación y de rehabilitación bio-psico-social.

Una de ellas fue la Asociación de Protección a la Infancia, antecedente del D.I.F. actual, la cual se constituyó como una Asociación Civil el 24 de enero de 1929, bajo los auspicios del presidente Emilio Portes Gil, y tenía

<sup>33</sup> Citado en "JAP. Órgano de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal". México, Julio y Agosto, 1996. No. 18, pág. 11.

como objetivos el prestar asistencia, brindar protección y amparo a los niños de escasos recursos en nuestro país. Su función principal consistió en la distribución de desayunos a los menores que concurrían a la asociación o que asistían diariamente a las escuelas, de esta manera se trataba de complementar la dieta de la niñez mal alimentada.

Por otra parte, el doctor Roberto Solís Quiroga, fundó el Instituto Nacional de Pedagogía y el Instituto Médico-Pedagógico Parque Lira, que abrió sus puertas a niños con deficiencias mentales el 10. de junio de 1933, siendo su director hasta 1959. También inspiró la idea de la fundación de la Escuela Normal de Especialización, la cual fue inaugurada el 7 de junio de 1943.<sup>34</sup>

En 1937, fue fundada la Liga Mexicana de Salud Mental, como una asociación de asistencia privada, por el doctor Alfonso Millán Maldonado. Esta Liga estableció una Clínica de Higiene Mental en la Ciudad de México.

A raíz de la grave epidemia de poliomielitis que afectó a nuestro país a principios de los años 50, se tuvieron que crear diversas instituciones tanto públicas como privadas para atender este problema. Una de estas instituciones fue la "Asociación Hispano-Mexicana para Niños Lisiados", la cual constituyó un modelo en cuanto a la atención de menores que presentaron secuelas de esta enfermedad, ya que contaba con servicios hospitalarios de internamiento, fisioterapia, quirófanos y programas de rehabilitación psicológica y social.

<sup>34</sup> Velasco Alzaga, J. M. *Encrucijadas. Manual de Orientación sobre Crecimiento y Desarrollo Psicológico de Niños y Jóvenes.* D. I. F. México, 1984. pág. 119.

En la atención de personas con alteraciones músculo esqueléticas, sobresale la labor realizada por la Asociación Pro-Paralítico Cerebral A.C. (A.P.A.C.), que nace en marzo de 1970 al incorporarse a la Junta de Asistencia Privada y a la Secretaría de Educación Pública, gozando desde ese momento de reconocimiento oficial.

### 1.7. Marco Jurídico actual de la Asistencia Social en México

Con el triunfo de la Revolución Mexicana, se retoman los principios de justicia e igualdad sociales y es a partir de entonces que a la beneficencia pública se le reconoce como un compromiso ineludible del Gobierno de la República y como un derecho legítimo de todo mexicano.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917, se plasman los derechos fundamentales de los mexicanos, la forma de organización del Estado, y se establecen las garantías individuales de igualdad, libertad, propiedad, seguridad jurídica, así como las de carácter social, particularmente las referidas a los grupos de población marginada.

El 14 de abril de ese año, se crea el Departamento de Salud Pública mediante la expedición de la Ley de Organización Política del Distrito Federal y Territorios. Para 1924, el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, establece que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se haga cargo de la organización y funcionamiento económico de la Beneficencia Pública del Distrito Federal.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Asistencia Social. Estrategia de Solidaridad Nacional. DIF. México, 1988. Tomo II, pág. 403.

En el Código Sanitario expedido en 1973, se reconoce por vez primera a la invalidez física y mental como un problema de salud pública, además, se señala la posibilidad de desarrollar acciones para la prevención y rehabilitación del inválido. Para tal efecto, se facultó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para promover la creación de centros y servicios de rehabilitación física, psicológica, social y ocupacional para estas personas.

En el marco de la reforma administrativa impulsada por el Gobierno de la República, en 1977 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece la figura de la sectorización administrativa, por la cual se establece el Sector Salud para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades correspondientes.

A pesar de que constitucionalmente corresponde a las autoridades federales legislar y administrar los servicios de salubridad en todo el país, en 1981 se inició un proceso de desconcentración de las funciones que correspondían a los Servicios Coordinados de Salud Pública transfiriéndolos a los gobiernos estatales. En este mismo año se crea la Coordinación de Servicio de Salud de la Presidencia de la República, encargada de establecer las bases para la integración de un Sistema Nacional de Salud, dentro del cual la asistencia social sería uno de sus componentes.<sup>36</sup>

En 1982, se hace una adición a la fracción tercera del Artículo 4o. Constitucional, en el que se establece el derecho de toda persona a la protección de la salud, en los términos y modalidades que determina la ley en la materia. Para garantizar el cabal cumplimiento de este mandato, el 7 de febrero de 1984 se publica en el Diario Oficial la Ley

<sup>36</sup> Soberón, G. op. cit. pág. 148.

General de Salud, mediante la cual se reglamenta el derecho a la protección de la salud, se establecen las bases y modalidades para los servicios, y la competencia federal y estatal en materia de salubridad.

Esta Ley, en su artículo 3o., considera a la salud mental, a la prevención de la invalidez, a la rehabilitación de los inválidos y a la asistencia social, como materia de salubridad general.

Los servicios de salud que esta Ley reglamenta están definidos como "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad".<sup>37</sup> Además, establece los servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social en sus tres modalidades: preventiva, curativa y rehabilitatoria.

De acuerdo con los propósitos manifiestos del derecho a la salud y con la finalidad de precisar las bases legales de la asistencia social, el Congreso de la Unión, a iniciativa del Ejecutivo Federal, aprobó el 9 de enero de 1986 la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que tiene por objetivo establecer las bases y procedimientos de un sistema asistencial federal que promueva la prestación de los servicios asistenciales consignados en la Ley General de Salud, garantizando la colaboración de la Federación, las entidades federativas, los municipios, y los sectores social y privado.

Con esta Ley se consolida el marco jurídico en materia asistencial y se crea un subsector de asistencia social

<sup>37</sup> Ley General de Salud. Op. Cit. pág. 8.

dentro de la estructura del gobierno federal, quedando integrado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud, para atender a los individuos y grupos más desprotegidos de la población.

Es importante señalar que la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social confiere al DIF, como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, la coordinación, promoción y prestación de los servicios de asistencia social así como la promoción de la interrelación sistemática de las acciones asistenciales que lleven a cabo las instituciones públicas.

Sin embargo, dada la necesidad de llevar a cabo un adecuado seguimiento, supervisión y control de las acciones que en materia de asistencia social realizan tanto la Federación, las entidades federativas así como los sectores social y privado, la Ley General de Salud confiere a la Secretaría de Salud la facultad de emitir la Normas Técnicas para la prestación de servicios de salud, las cuales son definidas como "el conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio que establecen los requisitos que deben de satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como el desarrollo de actividades en materia de salubridad general, con el objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias".<sup>38</sup>

Para los propósitos del presente trabajo y dadas las características principales de la institución de asistencia privada que se reporta, fueron consultadas las siguientes:

- Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Hogar para Menores.

<sup>38</sup> *Ibíd.* pág. 80.

- . Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Hogares Sustitutos.
- . Normas Técnicas para la Prestación de Servicios en Rehabilitación a Inválidos y Extrahospitalaria.

En el actual "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000" se establece como uno de sus objetivos fundamentales "avanzar a un desarrollo social que propicie y extienda en todo el país, las oportunidades de superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia"<sup>39</sup>.

Para avanzar hacia un desarrollo social sustentado en la igualdad de oportunidades, el Plan establece como principios de la política social el que sea nacionalista e integral, federalista y participativa, y que sea finalmente incluyente y eficaz. De igual modo, se propone conformar una política social, integral y descentralizada; una política que se concentre efectiva y eficazmente en los grupos y las regiones con menos oportunidades.

De conformidad con la estrategia del Plan, la política deberá enfocarse prioritariamente a la erradicación de la pobreza, privilegiando la atención a grupos, comunidades y zonas geográficas que padecen las más graves desventajas económicas y sociales.

Adicionalmente, el Plan comprende lineamientos claros para la formulación de programas que den atención apropiada a la mujer y a los jóvenes, a los pueblos indígenas y a los jornaleros agrícolas, a las personas con discapacidad y a quienes viven en la tercera edad.

<sup>39</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. S. H. C. P. México, 1995 pág. X.

En el marco de la nueva política social, el Plan Nacional de Desarrollo propone impulsar un nuevo federalismo para fortalecer los estados y los municipios, y fomentar la descentralización y el desarrollo regional, con lo que se busca una mayor participación de los gobiernos locales en la promoción, planeación y ejecución de las acciones de bienestar social.

Entre los servicios que son la base de una vida digna y de bienestar productivo, el Plan Nacional destaca los de salud, educación y vivienda, de igual manera reconoce a la capacitación, el empleo y el ingreso como una de las estrategias fundamentales para superar los desequilibrios regionales, entre los grupos sociales y entre los sectores productivos.

Con respecto a la regulación de las acciones emprendidas por los particulares en materia de asistencia en nuestro país, la actual Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal data de 1943, la cual abrogó la Ley de la Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1933, la que a su vez tuvo su origen en el año de 1899 durante el régimen del general Porfirio Díaz.

Entre otras cosas, esta Ley señala las disposiciones jurídicas que son requisito para la constitución y disolución de las Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P.); los procedimientos para conservar o ampliar su patrimonio; la representación y administración de las I.A.P.; sus derechos y obligaciones y las funciones de la Junta de Asistencia Privada como órgano de representación del poder público en el Distrito Federal.



## II. LA INSTITUCION

### 2.1 La filantropía tiene sus frutos (fundación)

Como todo acto filantrópico, la fundación de la "Casa-Hogar de Nuestra Señora de la Consolación", objeto de nuestro análisis, se vió enmarcada por un profundo sentimiento de amor al prójimo y por los preceptos morales de la compasión y la ayuda desinteresada al menesteroso y al desposeído.

Se dice, de manera anecdótica, que el señor Antonio del Valle Talavera, comerciante de profesión, se encontraba recorriendo alguna de las carreteras de nuestro país en compañía de su hermano Manuel del Valle, cuando se percató de la presencia de un bulto que pendía de uno de los árboles que flanqueaban gran parte del camino. Intrigados por el contenido, se detuvieron a investigar en su interior y encontraron a una pequeña criatura que presentaba signos de una grave desnutrición y de un severo deterioro en su desarrollo físico y mental.

Preocupados por la situación del menor, resolvieron en ese momento dedicar todo su esfuerzo y fortuna para la realización de obras benéficas en favor de los niños desamparados que tuvieran algún grado de incapacidad o minusvalía y que provinieran de familias de escasos recursos económicos.

De esta manera, se inició la construcción del inmueble que ocupa actualmente el instituto, al sur de la ciudad, y cuyas obras fueron concluidas en el mes de diciembre de 1951. Uno de los objetivos principales fue brindar alojamiento, vestido

y alimentación a este tipo de personas, así como el apoyo médico necesario para su recuperación y plena integración a la vida productiva, bajo la modalidad de hospital-internado para niños con alteraciones físicas.

En sus inicios, los cuales coincidieron con la epidemia de poliomielitis que sufrió México en los años cincuentas, se atendieron exclusivamente a niños que presentaban secuelas de esta enfermedad, en un número reducido; sin embargo, la población con requerimientos especiales fue creciendo y la demanda asistencial fue haciéndose cada vez mayor. La atención médica-rehabilitatoria quedó a cargo del eminente doctor Alejandro Velasco Zimbrón, maestro de varias generaciones de médicos especialistas en Rehabilitación y en Medicina Deportiva.

Desde su fundación, el hospital se convirtió en uno de los centros de rehabilitación física más importantes que existieron en la ciudad de México. Sin embargo, con la muerte del Dr. Velasco Zimbrón, la calidad de los servicios médicos especializados fue decayendo paulatinamente a pesar de los esfuerzos realizados por su sucesor y alumno, el Dr. Adolfo García Amezcua, quien es el actual responsable de la atención médica que reciben los internos.

En el mes de abril del año 1977, los señores María Teresa del Valle Vda. de Aja y Antonio y Manuel del Valle Talavera, miembros fundadores del instituto, promovieron la solicitud formal de registro ante la Junta de Asistencia Privada para el D.F. de la "Asociación Hospital de Nuestra Señora de la Consolación para Niños Incurables".

El día 29 de junio se aprueban sus estatutos y, tres semanas más tarde, el 20 de julio, se certifican dichos estatutos para su protocolización quedando legalmente

constituida como una Institución de Asistencia Privada, con número de registro 1278.

De acuerdo con el acta constitutiva, los objetivos planteados por dicha asociación son:

- a) la probable curación, atención y cuidados de niños de padres indigentes que sufren enfermedades incurables, no infecciosas
- b) el estudio de esta clase de enfermedades y la aplicación de los métodos de curación y recuperación que sean posibles en esta clase de enfermos.

Como institución de asistencia privada no lucrativa, se hace especial énfasis en que la forma de sostenimiento económico será principalmente a través de la recaudación de donativos que provengan de personas físicas o morales y de algunos subsidios estatales.

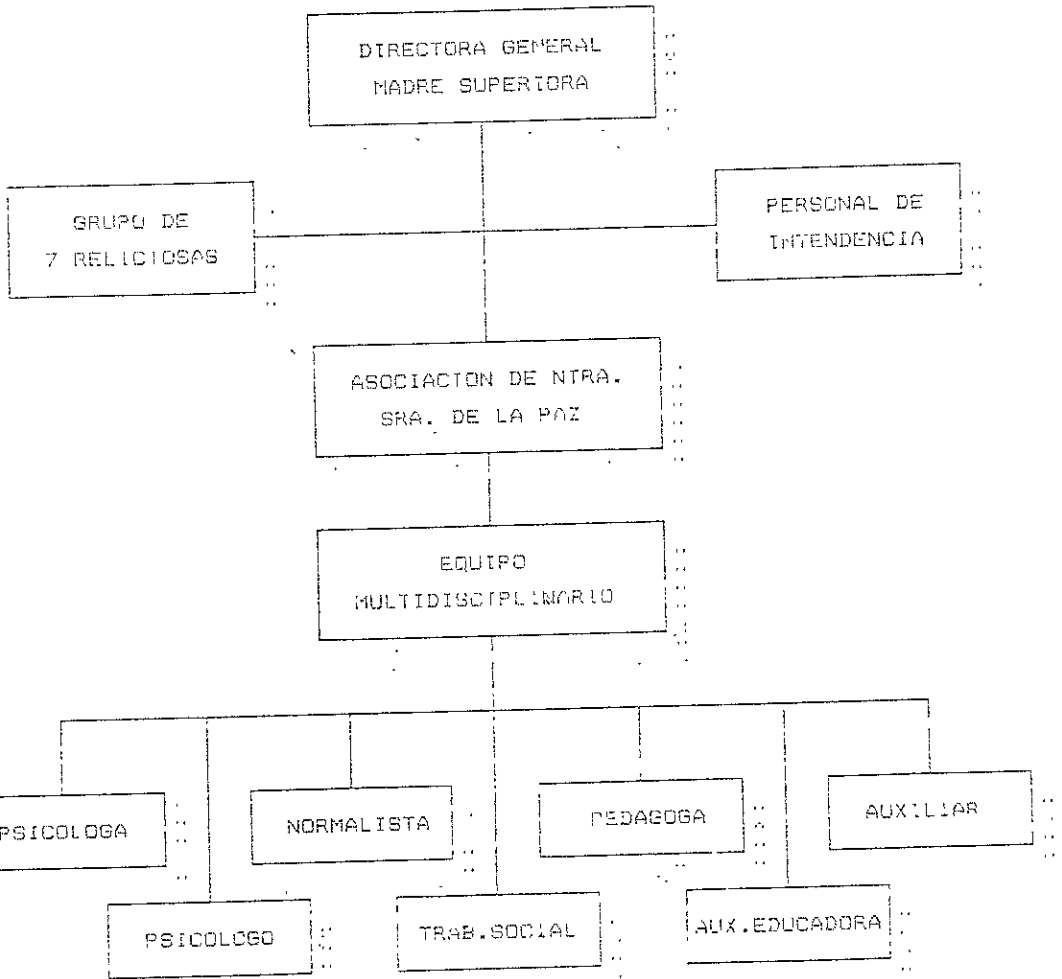
## 2.2 Descripción general de la institución

### a) Administración

La estructura administrativa de la casa-hogar está conformada, en primer lugar, por la Directora General, cuyo cargo está ocupado por una Madre Superiora de la orden franciscana, quien es la responsable de supervisar el funcionamiento general de la institución (ver organigrama).

Algunas de sus funciones consisten en coordinar los servicios asistenciales que ofrece el instituto como son la estancia, alimentación, vestido y aseo de los internos; así como participar en las campañas de captación de recursos financieros para la institución, en la recepción y administración de los apoyos recibidos por donantes y en el

ORGANIGRAMA DE LA CASA-HOGAR DE NTRA. SRA.  
DE LA CONSOLACION



cobro de cuotas. También es la responsable de procurar el abasto de víveres, ropa, medicamentos, productos de limpieza, de todo lo relacionado con el adecuado mantenimiento de las instalaciones y de la contratación del personal.

Por otro lado, la Directora General es la encargada de realizar los trámites legales y administrativos para la recepción de pacientes de nuevo ingreso, para la transferencia de los internos a otros establecimientos, para conseguir el apoyo médico por parte de hospitales e instituciones públicas de salud y para solucionar todo lo relacionado con los decesos (actas de defunción, certificados médicos, aviso a familiares y servicios funerarios).

De acuerdo con el organigrama, la Directora tiene a su cargo a un grupo de siete religiosas quienes están encargadas del cuidado diario de los niños en las diferentes áreas que serán descritas más adelante. Para realizar estas funciones, las religiosas cuentan con el apoyo de un grupo de afanadoras para el aseo, alimentación, vestido y medicación de los internos.

Cabe señalar que las religiosas, incluyendo a la Madre Superiora, viven en la parte alta del inmueble, mientras que el personal externo trabaja generalmente de lunes a sábado en horarios matutino y vespertino.

El grupo de trabajadores internos lo constituyen las cocineras, las lavanderas, el chofer-jardinero y el intendente, que realiza actividades de plomería, carpintería y peluquería, entre otras.

Siguiendo el orden de la estructura administrativa, se encuentra en tercer lugar el Patronato de Nuestra Señora de la Paz, conformado por un grupo de señoras voluntarias

pertenecientes al Club Rotario Del Valle-Narvarte y al Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas (IMEF), el cual es el encargado de proporcionar los recursos financieros indispensables para darle continuidad a la labor asistencial de la institución, a través de la solicitud, acopio y administración de donativos.

Las condiciones económicas de la casa se habían mantenido en forma precaria después de la muerte de los señores Del Valle. Los pequeños subsidios estatales y las aportaciones de particulares que recibía le permitieron subsistir de manera desorganizada hasta que, en el año de 1985, se protocolizó el acta constitutiva del Patronato quedando establecido legalmente como "Asociación de Nuestra Señora de la Paz para Niños Débiles Mentales Profundos I.A.P.", obteniendo a su vez el registro número 2665 ante la Junta de Asistencia Privada.

En base con sus estatutos legales, esta asociación persigue los siguientes objetivos asistenciales:

- a) Brindar atención médica, hogar, alimentación y cuidados a débiles mentales profundos, de escasos recursos.
- b) El establecimiento de un centro para la atención de este tipo de padecimientos.
- c) El estudio y aplicación de métodos para otorgar una adecuada rehabilitación a estas personas.
- d) El otorgamiento de ayudas económicas a instituciones que persiguen los mismos fines.

Para poder realizar campañas de captación de recursos financieros, la Asociación de Nuestra Señora de la Paz tramitó ante la Secretaría de Hacienda el otorgamiento de recibos deducibles de impuestos. Para facilitar este trámite, la asociación contó con el apoyo del Departamento Jurídico de la Junta de Asistencia Privada

Dentro del grupo de donantes activos se encuentran la Fundación Gildred, la Empresa Sanitaria Mexicana, S.A., la Asociación Mexicana pro-Rehabilitación del Inválido, la Compañía Constructora Orvañanos Vilchis, Productos Gerber S.A. de C.V. y algunas otras empresas medianas que, aunadas a personas físicas altruistas, constituyen el principal sostén económico de la casa.

Las aportaciones voluntarias no sólo se restringen a donativos en efectivo, también se reciben apoyos en especie de diversas instituciones. La empresa Gerber, por ejemplo, realiza un donativo mensual de 50 cajas mensuales de sus productos, mientras que el D.I.F. proporciona desayunos diarios a los internos. Otras empresas otorgan productos higiénicos como papel sanitario, servilletas, toallas femeninas o productos de limpieza.

De igual manera, existen personas particulares o grupos voluntarios que con cierta frecuencia realizan donativos en especie como zapatos, chaquetas, uniformes, ropa en general, colchones, sábanas, colchas y juguetes entre otros.

Cabe señalar que la casa-hogar recibe actualmente algunos subsidios provenientes de instituciones públicas como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.F.I.), el Departamento del Distrito Federal a través de la Dirección de Protección Social y la Secretaría de Salud a través del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Finalmente, dentro de la estructura organizativa de la institución, se encuentra el equipo multidisciplinario que está conformado por una psicóloga y un psicólogo (el autor de este trabajo) egresados de la E.N.E.P. Iztacala, una maestra normalista, una trabajadora social a nivel técnico, una pedagoga egresada de la Facultad de Filosofía y Letras de la U.N.A.M., una auxiliar de educadora y una auxiliar general.

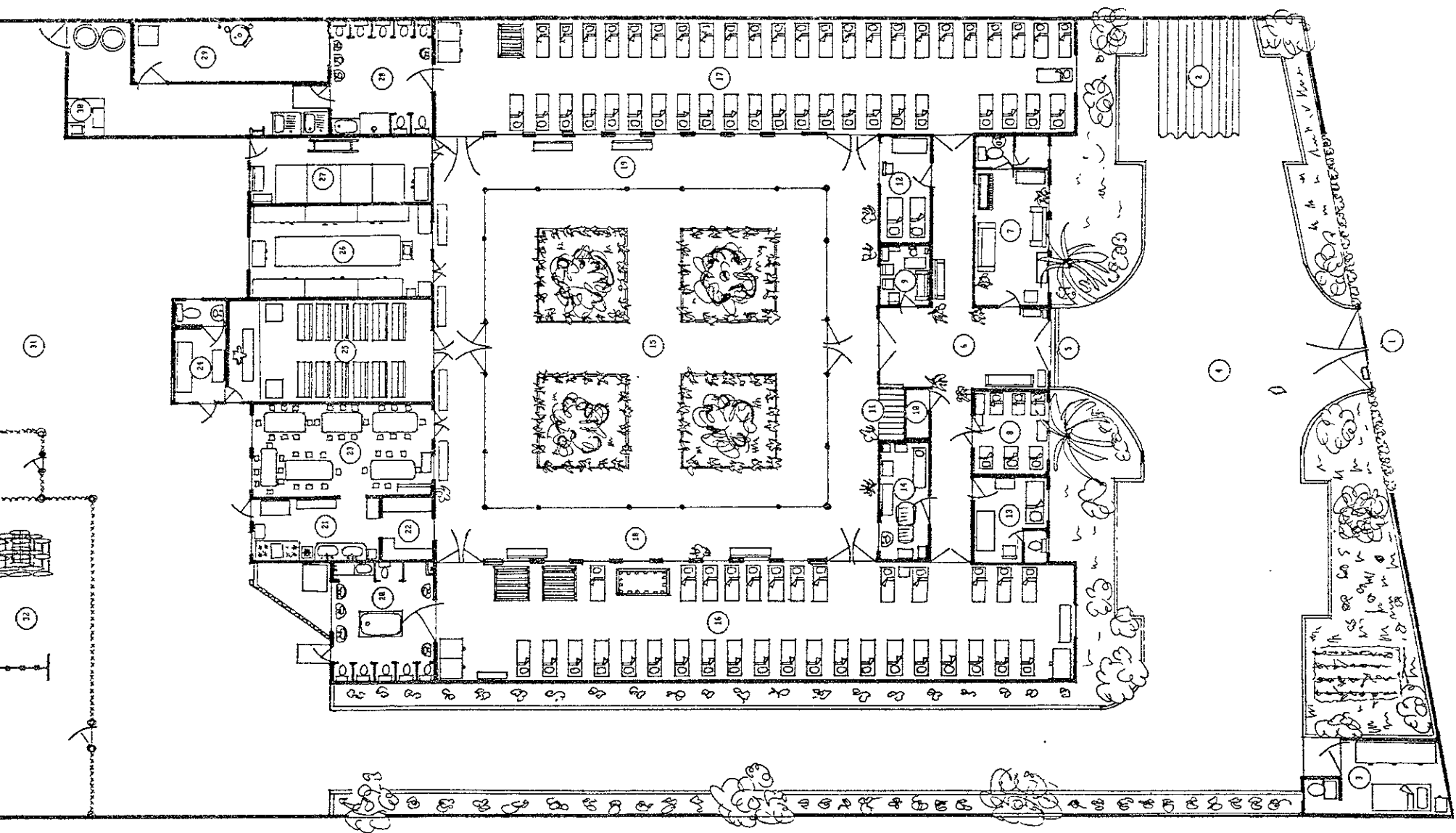
## b) Distribución

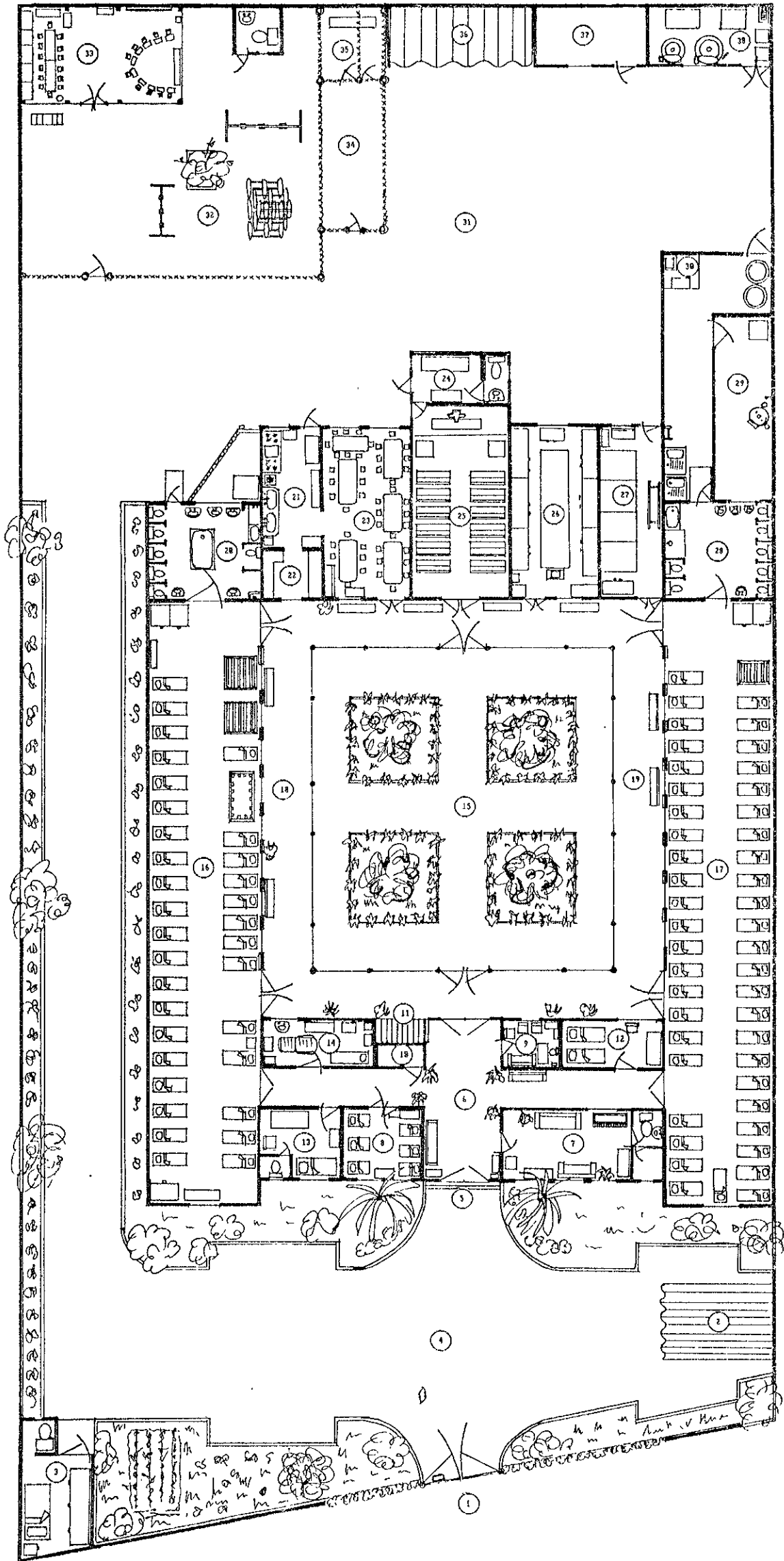
El diseño arquitectónico de la institución está compuesto básicamente por un gran edificio central que consta de dos plantas en la sección frontal (6), como lo muestra el plano anexo. En la parte anterior y posterior del mismo (secciones 4 y 31 respectivamente) se observan dos patios amplios que hacen las veces de estacionamiento o áreas de juego al aire libre.

El frontispicio del inmueble está conformado por la entrada principal al centro (5) a base de puertas de herrería con grandes ventanales. En la parte inferior de las puertas se ubica una pequeña escalinata que permite el acceso al interior de la casa. El pórtico se encuentra flanqueado por dos grandes palmeras y pequeñas áreas verdes que adornan la fachada.









Inmediatamente después del portal principal se haya una pequeña sala de espera (6). Del lado izquierdo de la misma se ubica el dormitorio de los niños más pequeños (8) seguido por una recámara (13) para el personal de apoyo que vive en la institución. Frente a ambas recámaras se encuentra el consultorio médico-dental (14) y las escaleras de acceso al segundo nivel (11).

Por el lado derecho de la sala de espera, se localiza un salón de reuniones (7) en donde los directivos de la institución y el equipo multidisciplinario evalúan mensualmente los avances observados en los pacientes. En forma contigua al salón se encuentran la Dirección del internado (9) y un dormitorio para religiosas (12).

En ambos costados del edificio se localizan dos amplias galerías que funcionan como dormitorios. El salón que se ubica en el extremo derecho (17) consta de 46 camas y una jaula con barrotes de madera, y está destinado al dormitorio de mujeres. Por su parte, el salón de la extrema izquierda (16) consta de 33 camas y 3 jaulas y está destinado al dormitorio de los hombres.



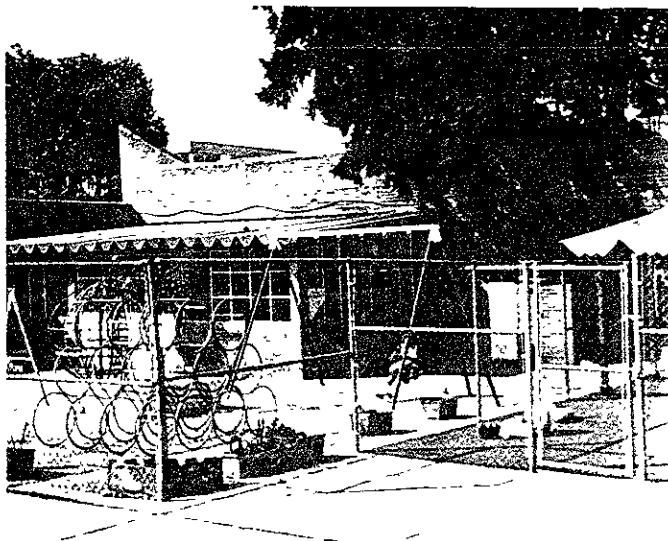
Ambos salones cuentan con sus propios baños ubicados en la parte posterior de los mismos e incluyen regaderas y sanitarios (secciones 20 y 28 respectivamente). El baño de los hombres consta, además, de una pequeña tina central para el aseo diario de los internos.

Al centro del edificio se ubica un patio de forma cuadrangular (15) con cuatro pequeñas jardineras dispuestas en forma simétrica. Este patio central está rodeado también por cuatro corredores que comunican las diferentes áreas del internado. En su parte posterior se localizan de izquierda a derecha la cocina (21) y el almacén de víveres perecederos y no perecederos (22), un amplio comedor (23), la capilla central (25) con su respectiva sacristía (24), la ropería (26) y un salón de terapia física (27).

Por último, en el patio trasero, al fondo, se encuentra un salón de clases que fue construido ex profeso para llevar a cabo las actividades educativas a los distintos grupos de trabajo y para implementar los diferentes talleres productivos (costura, cerámica, pirograbado, etc.). Este espacio consta de dos mesas de madera rectangulares, de aproximadamente 1.2 x 2.0 mts., 14 sillas también de madera, cuatro estantes con puertas, un pizarrón, un archivero, una máquina de coser de uso doméstico, 10 mesas de trabajo individuales, una suajadora y dos pequeñas mesas adicionales para usos múltiples.

El salón se haya rodeado de juegos infantiles como columpios y un laberinto de aros metálicos (32). Esta área, al igual que las jaulas construidas para contener a los internos que presentan un alto grado de destructividad o que ponen en riesgo la integridad propia y de los demás debido a su comportamiento altamente agresivo (34 y 35), están protegidas con malla ciclónica y puertas de seguridad

tubulares de acero galvanizado.



Las secciones 36, 37 y 38 del diagrama, corresponden a una area de juegos techada con lámira de asbesto, una bodega general y una lavandería con dos lavadoras industriales, respectivamente.

#### c) Población

La institución atiende principalmente a personas con alteraciones graves del desarrollo como deficiencias mentales profundas, síndromes cromosómicos, problemas de adaptación social (hiperactividad, agresividad, autismo), lesiones neurológicas así como trastornos psiquiátricos y alteraciones sensoriales (ceguera y sordera principalmente).

El número de pacientes que alberga la casa-hogar fluctúa entre los 90 y los 105 internos. Estas variaciones obedecen a múltiples factores entre los que destacan, la rotación interinstitucional, más o menos constante, que sufren algunos menores al ser trasladados de un lugar a otro; la elevada tasa de morbi-mortalidad dentro de la institución; los nuevos ingresos y, en casos excepcionales, los egresos que se presentan cuando los familiares de los internos deciden reintegrarlos al seno de la familia.

Es importante aclarar que no todos los pacientes cuentan con personas allegadas (familiares, amigos, tutores, etc.) que estén al tanto de sus necesidades más elementales; por el contrario, la norma imperante es que sean individuos abandonados, esto es, sin antecedentes familiares legales, que son recluidos en el internado por presentar severas deficiencias en su desarrollo.

De acuerdo con los diagnósticos clínicos realizados a los pacientes, se tiene que de un total de 94 casos revisados, el 2.1% (2 casos) presenta secuelas de poliomielitis en miembros inferiores, el 46.8% (44) de ellos presenta problemas de parálisis cerebral infantil en sus diferentes formas (espástica, flácida, atetósica y rígida) y el 5.3% (5) muestra problemas congénitos de médula (mielomeningocele), lo cual significa que más de la mitad de los internos, el 54.2%, sufre de alteraciones del sistema músculo-esquelético o neuromotor (veáanse cuadro 1 y gráfica 1).

Por otro lado, un poco más de la tercera parte, el 35.2% (33) de la población, muestra deficiencias en el área intelectual (retardo mental), mientras que en el 4.3% (4) este problema va asociado a alteraciones cromosómicas (trisomía 21 o síndrome de Down) y en el 2.1% (2) a problemas del metabolismo como hipotiroidismo y progeria.

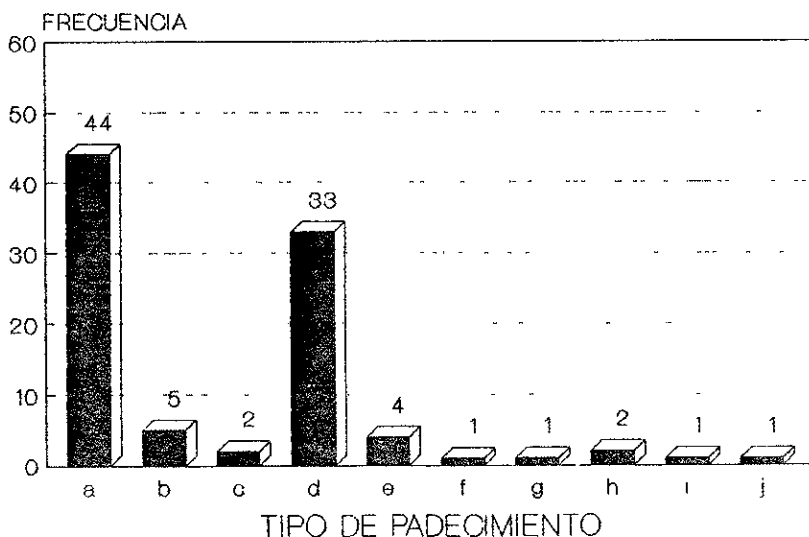
Cuadro 1. PORCENTAJE DE ALTERACIONES

a) Parálisis Cerebral	46.8 %
b) Mielomeningocele	5.3 %
c) Secuelas de poliomielitis	2.1 %
d) Deficiencia mental	35.3 %
e) Síndrome de Down	4.3 %
f) Enanismo	1.05 %
g) Progeria	1.05 %
h) Autismo	2.1 %
i) Sordera	1.05 %
j) Alteraciones psiquiátricas	1.05 %

TOTAL DE CASOS: 94 (100 %)

Finalmente, se tienen 2 casos de psicosis infantil (autismo) con el 2.1% del total, alteraciones sensoriales en el 1.05% (i) y un caso de un adulto, también el 1.05%, con trastornos psiquiátricos.

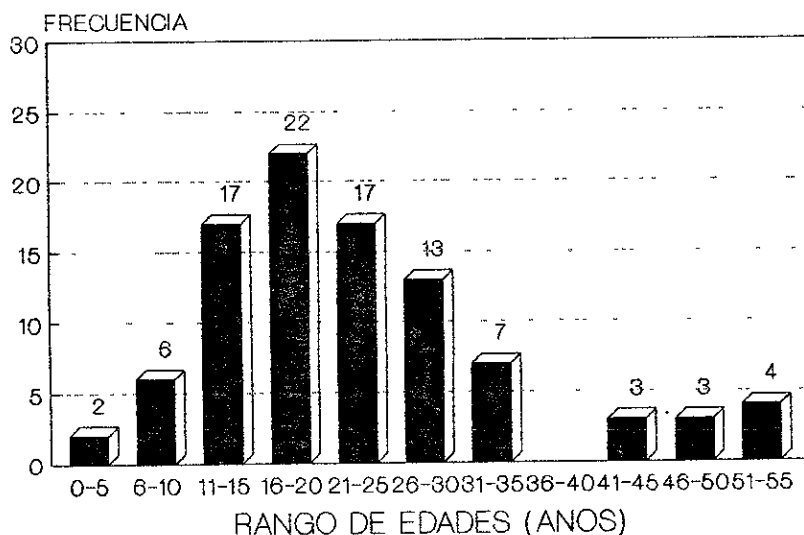
GRAFICA 1. DISTRIBUCION POR TIPO DE PADECIMIENTO



TOTAL DE CASOS: 94 (100 %)

Con respecto a la edad, los internos se encuentran distribuidos en un rango que va de los 2 a los 54 años. Para facilitar la representación esquemática de la distribución de la población total por edades, en la gráfica 2 se muestra el número de internos que se ubican en rangos parciales de 5 años cada uno.

## GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES



NINAS: 57      NINOS: 37

Así por ejemplo, se tiene que en el rango comprendido de 0 a 5 años se presentan 2 casos, que representan el 2.1% del total. En el rango comprendido de 6 a 10 años se obtuvo una frecuencia de 6 casos, es decir, el 6.3%.

Cabe señalar que el mayor número de pacientes (69) se encuentran distribuidos entre los 11 y los 30 años de edad, con el 73.4% de la población total. Sin embargo, en estas



edades sobresale el rango comprendido entre los 16 y 20 años con un total de 22 casos (el 23.4%) seguido por los rangos de 11 a 15 y de 21 a 25 con una frecuencia de 17 casos cada uno, que representan el 18.0% respectivamente. Si tomamos en consideración que los tres rangos de edades antes descritos representan juntos el 59.4%, con un total de 56 casos, podremos observar que la mayoría de los internos de la casa-hogar se encuentran en la etapa adolescente.

Por último, se tiene que el 18.0% (17) del total, son personas mayores de 30 años, destacando que solamente 10 pacientes (el 10.6%) rebasan los 40 años.

En lo que se refiere al sexo, aproximadamente las dos terceras partes (57), que representan el 60.6% del total de la población cautiva, son mujeres; mientras que la tercera parte restante (37), con el 39.4% del total, son hombres.

Con base en las observaciones meramente clínicas realizadas por el autor, se tiene que de acuerdo con el grado o nivel de afectación, la población masculina presenta los déficits más importantes en su desarrollo, ya que la mayoría de los pacientes hombres se encuentran postrados permanentemente en sus camas, sin que presenten los repertorios conductuales básicos de atención, imitación ni seguimiento de instrucciones (Galindo, et. al., 1981).<sup>40</sup> Estos pacientes requieren una atención constante por parte del personal de apoyo, ya que no son capaces de valerse por sí mismos para satisfacer sus necesidades más apremiantes como son la alimentación, la micción, la defecación, el aseo personal y como un déficit agregado presentan crisis

<sup>40</sup> Galindo, E. et. al. *Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas.* Ed. Trillas. México, 1981. pág. 99.

convulsivas que son controladas con medicamentos.

Por otro lado, el mayor número de pacientes ambulatorios lo constituyen las mujeres, quienes presentan un buen nivel de desarrollo físico, intelectual y social. En este sentido, se puede afirmar que la institución se desenvuelve en un ambiente de interacción social predominantemente femenino.

El ingreso de los pacientes a la institución se realiza a través de diferentes vías. Por un lado, la población está conformada por menores que son remitidos oficialmente por otras instituciones de custodia como el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", los albergues temporales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, los hogares sustitutos del D.I.F., los módulos de atención de menores que dependen de la Dirección de Protección Social del D.D.F., de asociaciones civiles como los Hogares Providencia del padre Chinchachoma, de Instituciones de Asistencia Privada como las Aldeas Infantiles y Juveniles S.O.S. de México o de otros internados de carácter religioso aún cuando no pertenezcan a la misma congregación eclesiástica.

Por otro lado, se encuentran los pacientes que son abandonados en distintos lugares como la vía pública, parques, mercados, basureros, hospitales e incluso se han tenido casos de menores abandonados a las puertas de la propia institución, y que son canalizados por la Procuraduría General de Justicia del D.F. con carácter temporal o permanente.

El último grupo de internos está compuesto por aquellos que son ingresados a la casa-hogar en forma voluntaria por parte de sus progenitores, tutores u otros familiares.

El criterio de admisión para todos los casos es que

presenten algún tipo de alteración o discapacidad en su desarrollo físico, mental y/o social, sin importar su nivel socioeconómico o sociocultural.

#### d) Servicios

Al momento en que el paciente ingresa a la casa hogar, una de las religiosas encargada de la recepción, abre un expediente con sus datos generales de filiación, procedencia, antecedentes heredo-patológicos y cualquier otro tipo de información relevante. Si los candidatos al servicio cuentan con familiares directos o indirectos, se les asigna una cuota dependiendo de su nivel socioeconómico.

Cabe señalar que en sentido estricto, la institución no cuenta con una área o departamento específico de Trabajo Social para realizar éstas funciones, por lo que en muchos de los casos la información contenida en los expedientes individuales es insuficiente o definitivamente no existe.

Una vez registrado, las religiosas y el personal de apoyo son notificados del nuevo ingreso con el propósito de que estos le asignen un lugar en el dormitorio que corresponda de acuerdo a su edad y sexo. De la misma manera, se dan indicaciones respecto a los cuidados especiales que requiera cada caso: tipo de medicamento que debe de suministrarse, posología, utilización de aparatos ortopédicos, silla de ruedas, etc.

Posteriormente, se informa al equipo multidisciplinario de las características generales del paciente a la vez que se le pide que considere la posibilidad de brindarle la atención especializada que necesite.

Las actividades diarias comienzan alrededor de las cinco de la mañana, cuando el grupo de trabajadores que viven en la institución llevan a cabo el aseo general (baño y cambio de ropa) de los enfermos. Inmediatamente después, se proporciona el desayuno a los pacientes encamados y posteriormente a los ambulatorios, quienes reciben sus alimentos en el comedor de la casa.

Aproximadamente a las nueve o diez de la mañana, se realiza el aseo de las instalaciones, el lavado de ropa, la preparación de la comida y el cambio de pañales. El alimento del mediodía se administra a las trece horas mientras que la cena se ofrece a las seis de la tarde.

Es importante resaltar el hecho de que los internos que cuentan con mayores habilidades, participan en el cuidado diario de los pacientes menos favorecidos física e intelectualmente, llegando incluso a hacerse completamente responsables de algunos de ellos.

Con respecto a la atención médica, la casa-hogar no dispone de un médico que satisfaga, de manera constante, las necesidades de los enfermos a pesar de ser una institución especializada para personas con alteraciones de tipo orgánico (neurrológico). Una vez por semana, una neuróloga contratada por el Patronato de Nuestra Señora de la Paz realiza chequeos médicos, prescribe tratamientos y les da seguimiento; sin embargo, resulta difícil que los accidentes ocurran de manera sincrónica con sus horarios de visita.

Por este motivo, se ha tenido que recurrir a instituciones públicas de salud como el Hospital General "Dr. Gea González", el Instituto Nacional de Pediatría de la S.Sa. o el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R.), cuando se han presentado casos de urgencias

médicas como *status epilepticus* en los pacientes, golpes severos o fracturas, contusiones graves, enfermedades infecciosas, deshidratación extrema y anemias.

A pesar de lo anterior, existe la atención odontológica que se ha mantenido, de manera regular, desde que se implantó en la institución el servicio dental social y voluntario para los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Intercontinental.

Por último, se encuentra el servicio de educación especial y rehabilitación que es proporcionado por un equipo multidisciplinario desde 1985.

### 2.3 El quehacer y el "qué no hacer" del Psicólogo

En este apartado se hará una descripción detallada de las actividades desarrolladas por el autor, durante el ejercicio de su práctica profesional como psicólogo especializado en problemas del desarrollo, dentro de la "Casa-hogar de Nuestra Señora de la Consolación".

De igual forma, se expondrán las expectativas de trabajo iniciales planteadas por los contratantes, el curso que siguió la intervención psicológica a los pacientes y el resultado final, producto de un largo proceso de análisis crítico de nuestro quehacer cotidiano y de la detección de algunas irregularidades en cuanto a los servicios (y vicios) asistenciales otorgados por la institución.

#### a) El encargo institucional

En el año de 1985, la presidenta del recientemente conformado Patronato de Nuestra Señora de la Paz, solicitó a la Dra. Antonia García Medina, que en ese entonces fungía como directora del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales y como Médico en Rehabilitación en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez", se hiciera cargo de la coordinación de las actividades encaminadas a la rehabilitación y educación de los internos, las cuales constituían una de las funciones que legitimaban, como hemos podido observar, la existencia de dicha institución asistencial de carácter privado.

Sin embargo, debido a sus ocupaciones, la Dra. García Medina tuvo que rechazar el ofrecimiento y sugirió que su hermana, la Terapeuta Física Bertha García Medina, quien tenía en ese entonces más de 30 años de experiencia en la rehabilitación de estas personas, podía hacerse cargo de la acciones educativas dentro de la institución.

De esta manera, y como parte integrante del equipo de trabajo de la maestra Bertha García, fuimos contratados un grupo de ocho psicólogos egresados de la E.N.E.P. Iztacala, para cubrir los requerimientos de rehabilitación y educación especial que presentaban los pacientes. Es importante señalar que, con el tiempo, el grupo inicial de psicólogos se fue transformando en un equipo de múltiples disciplinas.

Nuestro primer contacto con la señora Bertha García se había dado pocos años atrás, cuando un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología decidimos poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias y creamos una pequeña escuela de Educación Especial y

Rehabilitación en la colonia Nuevo Paseo de San Agustín, en Ecatepec, Estado de México.

A partir de entonces, adoptamos su forma particular de trabajo y la incorporamos a nuestro bagaje profesional con el propósito de complementar las herramientas teórico-metodológicas adquiridas en la atención de personas con alteraciones del desarrollo.

El propósito fundamental del Patronato al contratar nuestros servicios, fue el atender al mayor número posible de "enfermos" para buscar su posible recuperación e integración a la vida productiva, a la vez que recibieran los beneficios de una educación diferencial personalizada y grupal.

## b) La práctica profesional

### 1. *Censo Inicial de la Población y Actualización continua del Padrón de Pacientes*

Las religiosas encargadas del control de pacientes no contaban con listados actualizados al momento de nuestra llegada, por lo que un primer acercamiento a la institución consistió en realizar un conteo del número de enfermos con la intención de conocer las patologías más frecuentes que se presentaban, el número total de internos, sus datos personales (nombre, edad y sexo) así como la ubicación de sus camas en los diferentes dormitorios que fueron descritos con anterioridad.

Esta actividad se convirtió en una constante a lo largo de nuestra estada en el instituto, debido a la marcada movilidad de la población cautiva, cuyas causas han sido detalladas más arriba.

## 2. Metodología de Trabajo

La maestra Bertha García es creadora del programa de trabajo denominado "Educar por Movimiento y Posiciones", cuyo objetivo fundamental es atender de manera integral las alteraciones del sistema nervioso central que presentan las personas con retardo en su desarrollo, regulando la actividad muscular y facilitando el proceso de aprendizaje y de socialización.

Para fines de evaluación y tratamiento, este programa cuenta con una guía general del desarrollo normal de la actividad muscular y de la actividad cerebral superior, así como con los instrumentos necesarios para registrar el nivel de desarrollo alcanzado por los pacientes y una serie de actividades programadas (manuales de procedimientos) tendientes a satisfacer sus necesidades educativas.

En este sentido, el enfoque metodológico de nuestro quehacer profesional estuvo basado en los conceptos y estrategias de atención abordados por este programa de trabajo.

### 2.1 Marco Teórico

Los fundamentos teórico-metodológicos de este programa se encuentran ampliamente desarrollados en otro trabajo de tesis actualmente en preparación.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Salinas Anaya, F. Reporte de trabajo de las actividades realizadas en la casa-hogar 'Don de Dios' en el área de educación especial y rehabilitación. Tesis de licenciatura, E. N. E. P. -Iztacala, U. N. A. M. México, 1997.



Dado el carácter socio-psicológico del presente reporte, no se discutirá la conveniencia de utilizar tal o cual modelo de tratamiento derivado de alguna teoría del desarrollo en particular, simplemente se expondrán las actividades realizadas con un propósito meramente informativo; la discusión de este trabajo se centrará en el rol social, asumido y asignado, del psicólogo en rehabilitación y sus repercusiones en el campo de la labor asistencial llevada a cabo por instituciones privadas.

## *2.2 Evaluación Inicial y Diagnóstico*

En su sentido más llano, la evaluación consiste en una actividad sistemática y permanente que permite comprobar el nivel en que se alcanzan los objetivos propuestos.

La evaluación inicial es aquella que se realiza antes de aplicar alguna técnica educativa en particular o, en este caso, antes de iniciar el proceso rehabilitatorio de los "enfermos". Su propósito es identificar las destrezas y habilidades de entrada con los que cuenta el sujeto, establecer los objetivos que se trataran de alcanzar y derivar formas específicas de tratamiento y pronóstico.

En este sentido, se aplicaron una serie de instrumentos tendientes a explorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de los internos, basados en una concepción integradora del desarrollo humano.

Como se dijo anteriormente, el Programa "Educar por Movimiento y Posiciones", evalúa y trata a los pacientes con alteraciones neurológicas a partir de la conjugación de la actividad muscular, entendida como el desarrollo de los patrones normales de posición, movimiento y respiración, los

cuales se clasifican en inferiores, medios y superiores; así como de la actividad cerebral superior, la cual se asocia a la secuencia en que normalmente aparecen las expresiones corporales, gestuales, verbales y gráficas de acuerdo al progreso de las capacidades sensitivas, cognoscitivas y sociales.

Para evaluar el nivel de desarrollo de la actividad muscular se aplicó el siguiente paquete de pruebas:

- a) Sensibilidad vital
- b) Sensibilidad gnoscica
- c) Posición general
- d) Posición articular
- e) Movimiento de partes específicas del cuerpo
- f) Movimiento integrado
- g) Movimiento articular específico
- h) Respiración

El desarrollo de la actividad cerebral superior se exploró a través de las pruebas de:

- a) Sensibilidad esteroceptiva
- b) Expresión corporal
- c) Expresión gestual y verbal
- D) Expresión gráfica

El diagnóstico en las ciencias médicas es la identificación de un conjunto de signos y síntomas patológicos, su origen, evolución y desarrollo, a partir de los cuales se prescribe un tratamiento y se establece un pronóstico de recuperación de la salud (Zarzosa, L., 1984).<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Zarzosa Escobedo, L.G. "Comentarios sobre un diagnóstico conductual para sujetos con retardo en el desarrollo" en: Galguera, I., et.al. *El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica*. Ed. Trillas. México, 1984. pág. 23.

La disciplina psicológica se ha visto fuertemente influida, al menos en sus formas tradicionales, por esta lógica del diagnóstico médico. Sin embargo, consideramos importante retomar el punto de vista objetivo del análisis conductual aplicado para establecer criterios observables en los repertorios conductuales que presenta un individuo, los cuales determinan, a su vez, el nivel de evolución alcanzado cuando se le compara con los patrones normales que establece una guía general de desarrollo.

Es decir, que a partir de determinadas deficiencias encontradas en el desarrollo de la persona, se establecen los objetivos comportamentales a alcanzar con el tratamiento, retomando el principio de recuperación funcional cerebral denominado por Vigotsky como *áreas de desarrollo próximo*.

El diagnóstico basado en categorías observables permite prescindir de etiquetas que tienen que ver con la clasificación de los pacientes de acuerdo con su grado de inteligencia o coeficiente intelectual, además, proporciona indicios certeros sobre las habilidades específicas y concretas que se desean obtener mediante las estrategias terapéuticas.

### *2.3 Planeación Educativa y Aplicación de las Estrategias de Atención (Terapias Individuales y Grupales)*

Después de haber realizado las valoraciones del desarrollo integral en cada uno de los pacientes, se conformaron diferentes grupos de trabajo de acuerdo con sus características psicomotrices y psicosociales.

De esta manera, se definieron los niveles cognoscitivos lactante, maternal, preescolar y escolar a la vez que se

establecieron los objetivos educativos correspondientes y las estrategias y actividades para dar atención a los problemas detectados. Igualmente, se especificaron los recursos materiales y humanos disponibles, el espacio y tiempo de la aplicación de la metodología rehabilitatoria y el personal técnico y profesional responsable del trabajo específico con cada uno de ellos.

A manera de ejemplo, en el anexo 1 se describe el Programa de Actividades para el trabajo de grupo con menores ubicados en los niveles cognoscitivos Maternal "A" y "B".

Cabe señalar que las terapias grupales se complementaban con tratamientos individualizados en aquellos casos que era necesario aplicar técnicas reeducativas de manera personalizada, como la rehabilitación física a pacientes con parálisis cerebral, el cuidado y manejo de menores hiperactivos, autistas, con conductas agresivas o con defectos sensoriales como hipoacusias y débiles visuales.

#### *2.4 Coordinación y Capacitación de los Grupos Voluntarios*

El servicio voluntario ha recibido diferentes definiciones teóricas a través del tiempo, las cuales han obedecido a factores ideológicos, sociales, políticos y/o técnicos de una determinada época. Sin embargo, una de las concepciones relativamente modernas es aquella que define al servicio voluntario "como toda iniciativa o actividad que, fundamentada en el superior objetivo de incorporación de una comunidad a las tareas del desarrollo económico y social, se realiza gratuitamente durante un tiempo determinado por una o varias personas, con miras a beneficiar a otros integrantes

de su comunidad"<sup>43</sup>.

Por otro lado, durante la "Segunda Reunión de Directores de Organizaciones de Servicio Voluntario de América Latina", en 1972, se consideró al servicio voluntario como "un instrumento metódico de acción social, orientado a provocar la participación de todos los grupos sociales en un proceso integral de desarrollo, mediante acciones que eliminen la marginalidad y la dependencia".

Basados en estas definiciones, se buscó la participación de personas y grupos que por propia convicción tuvieran la disponibilidad de coadyuvar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los internos de la casa-hogar mediante una acción comprometida y desinteresada. De esta manera, dentro de las primeras actividades desarrolladas por el equipo de trabajo fue la captación y capacitación de los diferentes grupos voluntarios.

Una de las razones por las cuales se consideró de suma importancia la incorporación de cuerpos voluntarios al proyecto rehabilitatorio dentro de la institución, fue la gran demanda de atención especializada que requerían los internos y las limitaciones de los recursos humanos disponibles para satisfacerla. Por este motivo el profesional de la conducta tuvo necesariamente que echar mano de la buena voluntad y de la participación altruista de los legos, quienes al recibir la capacitación adecuada fueron capaces de enfrentar esta problemática, asesorados en todo momento por el especialista.

El primer curso fue organizado por el grupo de señoras del

<sup>43</sup> Revista Voluntarios. Buenos Aires, 1968. No. 6, pág. 32.

Club Rotario del Valle Narvarte, quienes se encargaron de la promoción, coordinación y evaluación del mismo.

En este curso participaron la T.F. Bertha García, Directora General del Centro de Rehabilitación y Orientación Familiar A.C. (C.R.O.F.); el Prof. Jesús Lara Vargas, maestro del área de Educación Especial y Rehabilitación de la E.N.E.P. Iztacala; el Prof. Joaquín Castelán Ramírez, Director del Instituto de Investigaciones Biopedagógicas; el grupo de Servicio Social de la Universidad Intercontinental coordinado por la Dra. Carmen Pérez Anguiano; el grupo de psicólogos del C.R.O.F. coordinados por el autor del presente trabajo y la Profa. Alicia Valdovinos de Martínez.

Algunos de los temas presentados fueron:

- .Desarrollo Normal del Niño de 0 a 6 años
- .La Creatividad
- .Higiene Dental
- .Programa de Alimentación para el Niño con alteraciones en el desarrollo
- .Educación en el Deficiente Mental
- .Evaluación y Diagnóstico de los problemas del desarrollo

Los objetivos de dicho curso fueron: a) coadyuvar en la protección física, mental y social de personas en estado de incapacidad o minusvalía en tanto se logre una solución satisfactoria a su situación, b) capacitar a los grupos voluntarios para que conozcan el manejo del niño con daño cerebral y c) unificar criterios y esfuerzos con todas las personas interesadas en el avance de la niñez desvalida y buscar voluntarios capaces de satisfacer las necesidades más elementales de los internos de la casa-hogar.

En este sentido, se procuró despertar la conciencia de todos los participantes acerca de la difícil situación social de los discapacitados en general y de los internos de la institución en particular, con el propósito de dar los primeros pasos hacia la creación de lo que se ha denominado como la "cultura de la minusvalía", la cual tiene como finalidad que la sociedad acepte y apoye la reintegración de las personas con limitaciones físicas y/o mentales a la vez que impida su marginación y maltrato.

Motivados por el desinteresado apoyo otorgado por la Coordinadora del Centro de Autismo de la Universidad Intercontinental, Mtra. Adriana Sepúlveda Vallejo y por la Directora de la Facultad de Pedagogía, en ese entonces, Dra. Gabriela Martínez Iturribarria, se desarrolló posteriormente un proyecto de servicio voluntario a gran escala denominado "Apoyo a la Educación de Personas con Necesidades Especiales", del cual se hablará más adelante.

Para tal efecto, se implementaron algunos cursos de capacitación cuyo tema principal fue la rehabilitación integral de los internos a través del método educativo descrito en el apartado 2.

La coincidencia de intereses religiosos de ambas instituciones y su visión cristiana de ayuda al necesitado, facilitaron el surgimiento de diferentes grupos de apoyo y servicio voluntario que contaron con la participación de estudiantes de las distintas carreras humanísticas impartidas por la institución de educación superior.

Atendiendo a los principios rectores de dicha universidad, "educación superior, inspiración cristiana y orientación social" y retomando el discurso publicado por las autoridades educativas, que a la letra dice lo siguiente: "Para nuestra

comunidad universitaria, la inspiración cristiana es el eje sobre el cual gira la consecución de los demás aspectos, pues tiende a perfeccionar la educación y los valores humanos, iluminándolos con la visión cristiana del hombre, del mundo, de la vida y de la historia. Quiere ser un medio para el diálogo entre las Ciencias, la Filosofía y la Fe, que permita armonizar la razón y la fe, ayudando a resolver el grave problema del ateísmo contemporáneo y pueda ser fuente de transformación real de nuestra sociedad." (comunicado enviado a la comunidad universitaria a través del Departamento de Integración Humana de la Universidad Intercontinental, sin fecha), se mantuvo siempre vivo el interés, por parte de los profesores universitarios, de aportar sus conocimientos y todos los recursos humanos disponibles para apoyar el trabajo rehabilitatorio dentro de la casa-hogar.

Con el propósito de hacer más eficiente la prestación de los servicios voluntarios, se propuso a las autoridades de la institución un "Anteproyecto de Coordinación del Trabajo Voluntario en la Casa-hogar de Nuestra Señora de la Consolación" en el que se especificaban las normas para la captación de los cuerpos voluntarios, las áreas de atención en las que podrían participar, el tipo de capacitación que recibiría el voluntariado, la programación de actividades, los incentivos, el control de asistencias y la asignación de pacientes, entre otros aspectos.

Sin embargo, la propuesta no llegó a concretarse debido al poco interés mostrado tanto por el Patronato como por las religiosas de la institución, respecto a la reglamentación y coordinación formal del apoyo recibido por personas e instituciones altruistas.

Cabe señalar que dentro del trabajo voluntario que se realizó en la institución, participaron de manera destacada



distintos grupos religiosos de jóvenes que entregaban donativos en especie como alimentos no perecederos o hacían regalos a los pacientes, organizaban convivios amenizados con cantos litúrgicos e impartían catecismo a quien estuviera interesado en ello.

Participaron además, de manera desinteresada, grupos de scouts en actividades recreativas con los internos; estudiantes de Psicología de la E.N.E.P. Iztacala, un grupo de señoras representantes del Banco Internacional S.N.C., estudiantes de Odontología de la U.N.A.M., alumnos de la Escuela de Turismo, de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la U.A.E.M., del Centro de Rehabilitación y Educación Especial A.C. de León, Gto., de la Escuela de Educación Especial de la S.E.P. de Huajuapán de León, Oax., representantes del Centro de Rehabilitación y Orientación Familiar A.C., del Club Rotario del Valle Narvarte, del Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas y personas particulares a las cuales es importante hacer un especial reconocimiento por su entrega, por su preocupación y trato hacia los niños y por su humanismo mostrado a cada momento sin esperar elogios ni gratificación alguna.

De acuerdo con la clasificación que hace Espinoza Vergara en 1982<sup>44</sup>, el servicio voluntario dentro de la casa-hogar tuvo distintas modalidades de acuerdo al tiempo de duración, al grado de dedicación y al lugar de ejecución de su actividad.

En este sentido, encontramos que las acciones de servicio desarrolladas por los distintos grupos y personas voluntarias en favor de los menores, se pueden dividir como sigue:

<sup>44</sup> Espinoza Vergara, M. Teoría y práctica del servicio voluntario. Ed Humanitas. Buenos Aires, 1982.

- a) de *corto plazo*, cuando tuvieron una duración inferior a los tres meses dentro de la institución.
- b) de *mediano plazo*, cuando realizaron actividades de apoyo por más de tres meses pero menos de un año.
- c) de *largo plazo*, cuando tuvieron una duración superior a un año.

Por otro lado, según el grado de dedicación, esto es, el tiempo que el voluntariado invirtió en las actividades educativas de los internos, se puede señalar que en todos los casos fueron a *tiempo parcial*, es decir, que el voluntariado participó en el proyecto sin abandonar sus tareas habituales dedicándole sólo una parte de su tiempo.

Por último, para clasificar a un proyecto de servicio voluntario según su lugar de ejecución, se toma como punto de referencia el lugar de procedencia del voluntariado. En este sentido, el programa de actividades se clasificó en:

- a) *Exógeno*, ya que la gran mayoría de los voluntarios que concurrían a la institución provenían de una comunidad o colonia distinta al lugar en el que aquella se encuentra ubicada y
- b) *Endógeno*, debido a que una parte relativamente pequeña de los cuerpos voluntarios eran residentes de la propia comunidad.

#### 2.4.1 Prácticas Escolares

Se establecieron, asimismo, convenios con la Escuela Normal de Especialización, a través de su Director Mtro. Humberto Galeana Romano, para que algunos grupos de alumnos de la Licenciatura en la Educación de Deficientes Mentales realizaran Prácticas Pedagógicas en la institución, durante

su curso de verano, es decir, durante el periodo vacacional de dicha escuela.

De la misma manera, se concertaron prácticas escolares de los alumnos de 5o. a 9o. semestre de la carrera de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras de la U.N.A.M. La Coordinadora General de Prácticas Escolares, Profa. Alicia López de Ramos, solicitó, adicionalmente, la autorización para implementar tres proyectos de tesis que se desarrollarían dentro de la institución.

#### 2.4.2 Servicio Social

Por iniciativa del que esto escribe, la Universidad Intercontinental, a través de la Jefa del Departamento de Orientación Social, Lic. Rosa Ma. Mayela Limones, formalizó ante la Secretaría de Desarrollo Social el Programa de Servicio Social denominado "Apoyo a la Educación de Personas con Necesidades Especiales" en el que participaron algunos estudiantes de las carreras de Pedagogía y Psicología así como de las licenciaturas en Administración, Contaduría, Filosofía y Ciencias de la Comunicación.

El objetivo principal de este proyecto fue el de "colaborar con Instituciones de Asistencia Privada que atienden a personas con necesidades especiales para desarrollar el potencial cognoscitivo, emocional y social que favorezca la interacción de estas personas en su medio ambiente"<sup>45</sup>.

Para este propósito se definieron las siguientes

<sup>45</sup> Anexo Técnico de Autorización. SEDESOL. México, 1991.

actividades:

- . Organización administrativa de estos centros
- . Elaboración de manuales de procedimientos
- . Asesoría educativa
- . Elaboración y control de presupuestos
- . Diseño de campañas de difusión
- . Elaboración de videos educativos
- . Participación en talleres protegidos

Con excepción del trabajo realizado por los alumnos de Pedagogía y de Psicología, se desconocen los pormenores de las actividades llevadas a cabo por los demás participantes.

El proyecto educativo consistió, a grandes rasgos, en la aplicación de sesiones terapéuticas grupales, dos días a la semana por las tardes, en las que se programaron actividades tendientes a mejorar las habilidades psicomotrices y psicosociales de los menores seleccionados.

El Programa de Actividades incluyó, entre otras cosas, el periodo durante el cual se desarrollaría el proyecto educativo interinstitucional, el espacio y tiempo de la aplicación de la metodología de trabajo, los recursos materiales y humanos disponibles, así como los objetivos de la atención y el procedimiento a seguir en cada una de las sesiones de trabajo.

Para llevar a cabo este proyecto se lanzó una convocatoria abierta al público en la que se les invitó a participar, de manera voluntaria, en el desarrollo de las actividades educativas y rehabilitatorias. A este llamado respondieron diversos grupos y personas interesadas, entre los que se encontraron la Asociación de Scouts de México A.C., con el Grupo 27 de la Provincia Benito Juárez y los alumnos de la

Facultad de Psicología de la U.I.C., entre otros.

Una vez conformado el equipo de trabajo se seleccionaron a los internos que participoarian en el proyecto y se dividieron en dos grupos. El grupo "A" de pacientes ambulatorios y el "B" de pacientes en silla de ruedas.

La Universidad Intercontinental facilitó el uso de las instalaciones del Centro de Autismo, por lo que los menores tenían que ser trasladados de la casa-hogar al plantel educativo para recibir tratamiento, en los días de trabajo. Con el propósito de facilitar el traslado, la directora del internado autorizó la utilización de una camioneta propiedad del instituto.





Por cuestiones administrativas de la propia universidad, no se pudo dar continuidad al proyecto de rehabilitación una vez concluido el tiempo estipulado para desarrollarlo. Sin embargo, este trabajo sentó un valioso precedente de la manera en que puede coordinarse el trabajo voluntario dentro de la institución con los beneficios que todo esto conlleva: desde el óptimo aprovechamiento de los recursos humanos y materiales hasta la mayor cobertura de la atención y los resultados a corto plazo que de otra manera requerirían de un tiempo mayor para alcanzarlos, sin contar las repercusiones favorables que tuvieron los internos como resultado de la interacción social con personas interesadas en su recuperación.

## *2.5 Programas Especiales*

### *2.5.1 Formación de Hábitos de Autocuidado (Higiene Dental, Alimentación, Aseo Personal y Vestido)*

Debido al alto índice de padecimientos dentales dentro de la institución, se hizo necesario que el equipo de trabajo se integrara a las actividades de prevención y asepsia odontológica con los internos. Por este motivo, una de las actividades iniciales desarrolladas por nosotros fue el establecimiento del Programa denominado "ABC" (Actividades Básicas Cotidianas) como parte fundamental del proceso educativo.

Este programa consistió en la formación de hábitos de limpieza e higiene personal en aquellos pacientes que presentaban los problemas más severos en cuanto a caries dentales, infecciones de la piel y enfermedades gastro-intestinales originadas por la falta de limpieza relacionada al consumo de alimentos.

De esta manera, las prestadoras del servicio social odontológico de la Universidad Intercontinental proporcionaron el material necesario para trabajar el aseo dental con los internos, esto es, cepillos y pastas dentales. Es importante señalar que para el desarrollo de este programa de limpieza dental se contó con la participación de la Asociación Mexicana de Salud Bucal I.A.P., a través de pláticas educativas a los internos.

Como actividades complementarias se auxiliaron a los menores en el lavado de manos y cara, en el baño diario y en el cambio de ropa. El cepillado de dientes se realizaba al iniciar cada día de trabajo y después de cada alimento; para el aseo corporal de los pacientes se contó con el apoyo de

algunos trabajadores de intendencia, dos veces por semana. El lavado de manos se llevaba a cabo antes de la comida del mediodía y antes de la merienda.

Este trabajo incluyó también la asistencia de los internos durante la alimentación. En este sentido se asignaron un número determinado de pacientes a cada rehabilitador, a los que tenía que auxiliar y capacitar en el desarrollo de habilidades de autocuidado como el manejo de los cubiertos, el tomar líquidos en taza o vaso, la adecuada utilización de servilletas y el tener una correcta posición corporal para facilitar la ingesta de alimentos.

Las técnicas de instrucción para la formación de hábitos en los pacientes, estuvieron basadas en las estrategias de enseñanza derivadas del análisis conductual aplicado como el modelamiento, el reforzamiento positivo para evocar y mantener la conducta, las instrucciones verbales y el ensayo conductual.

### 2.5.2 Talleres

Los talleres, dentro de los programas de atención a personas con alteraciones del desarrollo físico e intelectual son los establecimientos en los que se capacitan o emplean a trabajadores que tienen dificultades en relación al aprendizaje de técnicas para el trabajo.

La currícula oficial de la Educación Especial en México, considera como un aspecto relevante en la formación de personas con limitaciones intelectuales, su plena integración a la vida productiva. Para ello ha incluido, dentro de sus planes y programas educativos, la capacitación para el trabajo.



Acorde con estos lineamientos, se implementaron en la institución una serie de talleres de formación laboral con el propósito de desarrollar en los participantes las habilidades necesarias para incorporarse, en la medida de sus posibilidades, al trabajo productivo y remunerado.

Algunas de estas habilidades básicas para crear comprendían el desarrollo de la voluntad, la confianza en sí mismo, la autoestima, la disciplina, el hábito al trabajo, la responsabilidad personal y de grupo, las destrezas corporales, verbales y manuales, la planeación, la paciencia, el diseño, la originalidad y la perseverancia.

Uno de los primeros talleres que se implantaron fue el de corte y confección, el cual fue impartido por algunas de las integrantes del equipo multidisciplinario que tenían las destrezas y conocimientos necesarios en la materia como para poder transmitirlos a los pacientes con mayores capacidades intelectuales y coordinación fina.

Para tal efecto, el Patronato de la institución adquirió una máquina de coser de uso doméstico y proporcionó los materiales necesarios para desarrollar las actividades de costura (hilos, agujas, estambres, servilletas impresas con diferentes motivos, etc.). Algunos de los trabajos realizados por los alumnos de este taller fueron servilletas y manteles bordados, colchas tejidas con estambre y la reparación de sus propios vestidos y suéteres.

Otro de los trabajos elaborados por los internos en los talleres, fue la confección de adornos navideños con distintos materiales como fieltro, yute, unisel, estambre, papel, etc. los cuales eran vendidos en los bazares navideños que organizaban anualmente un grupo de Instituciones de Asistencia Privada, incluyendo a la casa-hogar. Los ingresos

obtenidos por la venta de estos productos estaban destinados a cubrir algunas de las necesidades básicas de la institución como la alimentación y vestido de los internos. Sin embargo, en algunas ocasiones el trabajo de los alumnos fue remunerado económicamente de manera simbólica, ya que de ninguna manera se trataba de un pago formal por la producción alcanzada

Se desarrollaron, además, otros talleres como decoración de objetos de cerámica (platos, figuras, floreros, etc.), trabajos de macramé, siembra de plantas y árboles, muñecas de estambre, pirograbado, procesamiento de basura orgánica (composta) y elaboración de piñatas.

Cabe señalar que estas actividades consideraban también el aspecto lúdico y recreativo de la educación especializada, y no exclusivamente la formación o capacitación en el ámbito laboral. De esta manera se trataban de retomar los beneficios que obtiene la persona con discapacidad al ser sometido a una actividad programada tendiente a neutralizar los efectos de su internamiento institucional.

El tedio, la inactividad y la monotonía en los pacientes, eran subsanados a través de la terapia ocupacional orientada a la creatividad y a la satisfacción artística, aunada a los efectos terapéuticos que supone el ambiente de interrelación personal.

### *2.5.3 Actividades Recreativas*

La socialización, como base de los procesos de hominización en los que el individuo se apropia de su realidad al desarrollar pautas de comportamiento heredadas por una determinada cultura, favorece la aparición de procesos psicológicos superiores como el lenguaje, el

movimiento voluntario, las gnosias, las praxias y el pensamiento lógico, entre otros.<sup>46</sup>

El establecimiento y desarrollo de estas funciones tuvieron especial interés dentro de nuestra práctica profesional, por lo que la programación y administración de las actividades educativas y recreativas con los internos, estuvieron encaminadas a favorecer, en todo momento, la relación interpersonal de los pacientes con el personal técnico, administrativo y de trabajo voluntario en las tareas cotidianas de educación y rehabilitación.

Por otra parte, el recreo como parte integrante del desarrollo humano, estaba considerado como uno de los propósitos fundamentales para la recuperación de los internos.

Hoy se sabe, por ejemplo, que es a través del juego como el niño establece sus primeros contactos con la realidad en forma placentera; descubre el mundo que le rodea y se descubre a sí mismo. La actividad lúdica le permite desarrollarse física, intelectual, social y emocionalmente.

En el aspecto educativo, el juego "favorece el desarrollo de la motricidad y de la percepción sensorial, el desarrollo de las facultades intelectuales, la adquisición de hábitos y normas de comportamiento y la adquisición de habilidades. Permite que el niño exprese sus sentimientos: agresividad, angustia, amor, temor".<sup>47</sup>

Bajo estos preceptos formativos, se desarrollaron

<sup>46</sup> Nava Segura, José. *El Lenguaje y las Funciones Cerebrales Superiores*. Edición del autor. México, 1979.

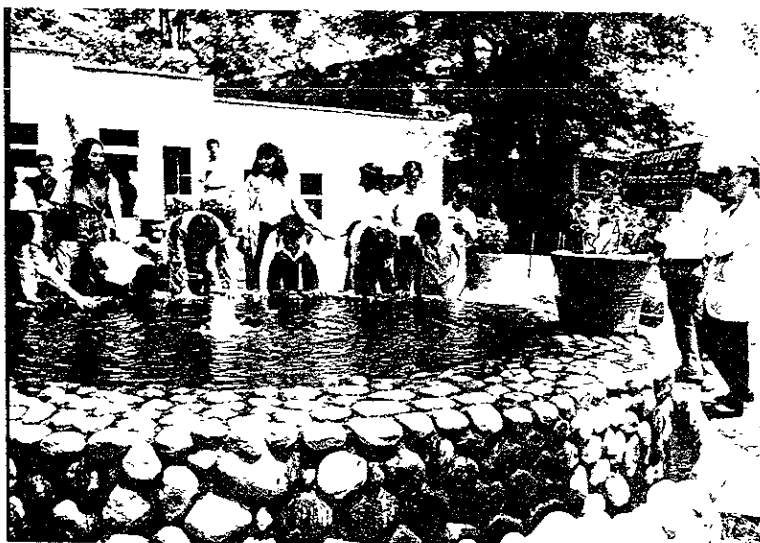
<sup>47</sup> *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*. Ed. Santillana. Madrid, 1985. pág. 1204.

infinidad de actividades con los pacientes en las que se entremezclaban el recreo y la socialización, el juego y la comunicación social, las risas y el afecto.

Algunas de estas actividades fueron:

- a) cenas mensuales con el equipo múltiple y con los miembros del Patronato, en las que también participaron diferentes grupos voluntarios y de servicio social
- b) festivales de fin de cursos, en los que se mostraban los resultados de todo un año de trabajo con los internos
- c) salidas a parques y centros recreativos (Fuentes Brotantes, Reino Aventura, Chapultepec, Parque Ecológico Loreto y Peña Pobre, Atlantis, Parque del Pedregal, etc.)
- d) Posadas y pastorelas en épocas navideñas
- e) Torneos deportivos y juegos organizados
- f) Funciones de teatro guiñol y payasos
- g) Festejos y convivios en días especiales (cumpleaños, onomásticos, Reyes Magos, Día de la Amistad, del Niño, del Maestro, de la Madre, Día de Muertos, Fin de Año, etc.)





### *3. Elaboración de Instrumentos y Material Didáctico*

El trabajo práctico de campo del psicólogo fue alternado con algunas horas de trabajo técnico-administrativo, de escritorio. Durante este tiempo se elaboraron los planes y programas educativos, los horarios de aplicación terapéutica y los responsables de llevar a cabo las actividades programadas; se revisaron los expedientes individuales; se interpretaron los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos durante la etapa de evaluación inicial (descrita con anterioridad); se organizaron los materiales y grupos de trabajo y se redactaron los informes mensuales correspondientes.

Una de las prioridades de este tipo de trabajo fue el diseño y elaboración de una ficha que nos permitiera identificar, en forma sucinta y rápida, los datos generales de los pacientes, su lugar de procedencia, los motivos que originaron su ingreso a la institución, sus antecedentes familiares, sus características físicas generales, un breve resumen del caso incluyendo el diagnóstico médico y los documentos oficiales que integraban su expediente.

Por este motivo se diseñó una ficha de identificación (ver Anexo 2) en la que se incluyó como información gráfica adicional un espacio para insertar la fotografía del paciente. De igual forma, se diseñó un formato para el tratamiento integral individual y otro para el registro de las actividades programadas en terapias de grupo (Anexo 4).

Un aspecto que vale la pena resaltar, es que el método de trabajo Educar por Movimiento y Posiciones, supone la participación de personas altamente comprometidas con la niñez discapacitada y con un amplio sentido de responsabilidad y de trabajo en equipo. Asimismo, el programa educativo invita a los interesados a desarrollar todo su potencial creativo e innovador para el trabajo con los niños.

Esto se relaciona con el hecho de que una parte importante de nuestro quehacer psicológico dentro de la institución, fue elaborar nuestros propios materiales didácticos, apoyándonos en objetivos educativos bien definidos, de acuerdo a los niveles cognoscitivos presentados por los internos.

En este sentido, colaboramos con la maestra Bertha García en la elaboración de cuadernos de trabajo para las expresiones verbales y gráficas (onomatopeyas, palabras y oraciones sencillas, garabateos, seguimiento de líneas, papel

picado, pintura vinílica) entre otros y en la redacción de manuales de procedimientos en los que se describen los objetivos básicos de las actividades educativas y rehabilitatorias programadas, las formas específicas de aplicación, y los recursos materiales empleados en cada una de ellas.<sup>48</sup>

De manera complementaria, diseñamos diversos rompecabezas, guiñoles, tableros de ligas, franelógrafos, disfraces, escenografías, coreografías, juguetes, aparatos de ejercicios y todo lo necesario para cubrir las necesidades pedagógicas con un mínimo de presupuesto.

#### 4. Administración de los Recursos Materiales

El material educativo era proporcionado por el Patronato de la Institución, al que se le entregaba mensualmente una lista detallada de las necesidades al respecto, en la que se incluía la descripción pormenorizada de los artículos a utilizar (cuadernos, papel, pinturas, colores, frascos, pelotas, pinceles, globos, aparatos ortopédicos, etc.) así como las cantidades y costos de los mismos.

Los materiales empleados incluían también artículos de aseo personal para los internos como desodorantes, cepillos para el cabello y dientes, shampoos, rastrillos y cremas para la piel.

Otro tipo de materiales eran empleados en la preparación de los festivales de fin de cursos que se llevaban a cabo cada año, de acuerdo con el calendario oficial de la

<sup>48</sup> Los cuadernos de trabajo y los manuales de procedimientos se encuentran actualmente en preparación para ser publicados.

Secretaría de Educación Pública. En ellos se incluían el diseño y la confección de los vestuarios utilizados por los pacientes como disfraces de animalitos, de payasos, para representaciones teatrales y para bailables folclóricos e infantiles.

Cabe señalar que las solicitudes de material iban acompañadas de un reporte detallado de gastos mensual.

##### *5. Capacitación al Equipo de Trabajo*

En un intento por pretender involucrarnos en la búsqueda de donativos para la institución, el Patronato de la casa-hogar nos invitó a participar en el curso impartido por una organización de promoción empresarial, relacionado a la planeación y desarrollo de campañas de captación de recursos financieros; sin embargo, el trabajo terapéutico con los menores poco a poco fue ganando terreno al disponer de todo nuestro tiempo y esfuerzo.

Por este motivo tuvimos que desistir en nuestro empeño por participar en las actividades de solicitud de ayudas económicas a empresas.

Es importante destacar que la capacitación técnica y profesional al equipo de rehabilitadores no estaba contemplada como una de las prioridades ni de la institución como tal ni del Patronato que nos contrató, sin embargo, pudimos obtener algunos permisos para continuar con nuestra formación a través de diferentes cursos y talleres relacionados con el desarrollo normal y patológico del niño, los cuales fueron autofinanciados.



## 6. Coordinación y Apoyo Interinstitucional

Como ya se ha señalado en páginas anteriores, la casa-hogar contaba con el subsidio económico de instituciones gubernamentales como la Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal.

De igual manera, fue posible concertar apoyos con instituciones públicas de salud para cubrir las necesidades de los pacientes en el aspecto médico. Un ejemplo de ello lo constituyeron los chequeos visuales y los tratamientos para conjuntivitis que recibieron algunos de los internos en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales.

Otros apoyos fueron otorgados por médicos del Hospital General "Dr. Gea González", en casos de urgencias médicas y chequeos generales. Asimismo, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" participó con la institución al brindar sus servicios para realizar valoraciones psiquiátricas o psicológicas y para la prescripción médica (antidepresivos, anticonvulsivantes, sedantes, somníferos, etc.) a pacientes que así lo requirieron.

Por su parte, el Instituto Nacional de Pediatría atendió algunos casos de lesiones severas como fracturas, cortaduras, infecciones gastrointestinales, enfermedades virales, valoraciones neuropediátricas, estudios de laboratorios y tratamientos médicos con la consiguiente exención del pago de cuotas de recuperación que exige el instituto.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias brindó la hospitalización a pacientes con deficiencias severas en el desarrollo, al momento que presentaron infecciones graves en vías respiratorias y en casos de anemia extrema o en III

grado.

Como parte complementaria del Programa denominado "Apoyo a la Educación de Personas con Necesidades Especiales", las autoridades de la Universidad Intercontinental, se comprometieron a brindar el auxilio del servicio médico universitario en caso de que así fuese requerido por alguno de los alumnos que asistieron al Centro de Autismo para recibir atención terapéutica.

La Clínica Psiquiátrica "San Rafael" proporcionó un grupo de psicólogas para auxiliar en la valoración y tratamiento de algunos internos, durante un breve período.

El intercambio interinstitucional más sobresaliente se dió con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Con el primero de ellos se tenía comunicación constante debido al suministro diario de desayunos escolares a los pacientes, al intercambio institucional de internos y a las asesorías jurídicas brindadas para resolver la situación familiar de los menores.

Con la P.G.J.D.F. se mantenía estrecha relación ya que a través de ésta, eran canalizados con carácter temporal o permanente, un sinnúmero de pacientes en tanto se resolvía legalmente algún ilícito cometido en contra de ellos, como abandono o maltrato, o se definía jurídicamente asuntos relacionados con la asignación de herencias en las que los "enfermos" estaban involucrados, el fallecimiento de ambos padres con el subsecuente desamparo legal o la reubicación definitiva de los menores en otras instituciones y hogares sustitutos, de acuerdo con sus características físicas y psicológicas.

## 7. Evaluación de resultados

De acuerdo con la definición dada por el *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*<sup>40</sup>, la *evaluación* es un "proceso integral, sistemático, gradual y continuo que tiene como fin la valoración de los cambios producidos en la conducta del alumno, la eficacia de los métodos y técnicas de enseñanza, la capacidad científica y pedagógica de los profesores, la adecuación de los programas y los planes de estudios y todo cuanto pueda incidir en la calidad de la educación".

A este respecto, uno de los puntos más débiles de nuestro trabajo fue la falta de análisis y sistematización de los cambios producidos en la conducta de los internos a través de nuestra intervención terapéutica-educativa.

Los resultados fueron innegables, no obstante, la evaluación de los logros alcanzados se dió de una manera asistemática y totalmente empírica. En este sentido, no se aplicaron valoraciones del desarrollo subsecuentes a la inicial ni se aprovecharon las técnicas e instrumentos de evaluación formales para demostrar la efectividad de la metodología de trabajo empleada por nosotros en el tratamiento y recuperación de estas personas.

El punto de referencia inicial existió, sin embargo, la comparación final que permite detectar los alcances y las limitaciones en la aplicación de las técnicas de enseñanza utilizadas, no fue considerada, por descuido o negligencia, como parte esencial del proceso rehabilitatorio.

<sup>40</sup> *Diccionario Enciclopédico, op. cit., pág. 882.*

A pesar de lo anterior, es posible mencionar que efectivamente existieron cambios positivos en la conducta de los pacientes productos de nuestro empeño personal, aunado a nuestro desempeño profesional como especialistas dedicados a modificar el comportamiento de individuos con discapacidades.

No es el propósito de este trabajo presentar detalladamente los resultados del programa terapéutico empleado, así como tampoco tiene la intención de discurrir en un análisis de los factores, internos o externos, que intervinieron en la consecución de estos logros. En lugar de ello, se hará énfasis, en el apartado "c", de ciertas prácticas institucionales que propiciaron la denuncia de arbitrariedades y malos tratos cometidos en contra de los internos, y del resultado final en cuanto a las mejoras de sus condiciones de vida dentro del establecimiento, las cuales fueron producto de una toma de conciencia del rol social que debe asumir cualquier profesionista encargado de procurar el bienestar físico, psicológico y social de individuos y poblaciones en desventaja.

### *7.1 Cobertura Alcanzada*

De acuerdo con las expectativas planteadas por el Patronato de Nuestra Señora de la Paz al conformar el equipo de rehabilitación, se puede señalar que se alcanzó una cobertura del 90% de la atención; es decir, que casi la totalidad de los pacientes internos, tuvieron acceso a programas educativos y terapéuticos de acuerdo a sus necesidades.

Si bien es cierto que las actividades educativas y rehabilitatorias se desarrollaron principalmente en el salón de terapia física y en la pequeña escuela anexa al edificio

central, la aplicación de programas de rehabilitación física también consideraron la atención de los pacientes no ambulatorios en sus propias camas. Para ello se capacitaron a diversos grupos y personas particulares voluntarias a efecto de alcanzar la cifra de atención propuesta por la institución.

El trabajo con este tipo de pacientes incluía una serie de ejercicios físicos para atenuar sus dolencias neuromotoras, además eran auxiliados en su alimentación y cuidado personal (aseo y cambio de ropa), en la administración de medicamentos, en la estimulación múltiple sensorial y en la prevención de formación de úlceras de decúbito o llagas.

Una de las razones por la que se pudo alcanzar este porcentaje de atención fue sin duda el trabajo de terapias grupales, esto es, que de acuerdo con los criterios del nivel de desarrollo físico, psicológico y social alcanzado por los internos, se establecieron diversos grupos terapéuticos con el propósito de implementar estrategias educativas a un número mayor de pacientes, en forma simultánea. De otra manera, el trabajo individualizado hubiera requerido de mayores recursos tanto técnicos como humanos y los resultados obtenidos se hubieran alcanzado en un plazo mayor.

Resulta particularmente importante retomar esta experiencia y hacerla extensiva para aquellos casos en los que se demanden acciones educativas en instituciones con un número considerable de internos.

## *7.2 Reporte de Avances y Resultados*

En un intento por homogenizar los niveles de desarrollo alcanzado por los pacientes y por llevar a cabo una

evaluación de los efectos producidos a través de la aplicación de los planes y programas educativos diseñados por nosotros, el autor de este trabajo propuso una segunda etapa de evaluación a gran escala, en la que se registrarán los avances observados en la población cautiva y en la que participaran activamente todos los integrantes del equipo múltiple.

Nuevamente la falta de apoyo e interés por parte de las autoridades institucionales y del personal educativo, hicieron fracasar esta tentativa de sistematización de resultados y tuvimos que conformarnos con reconocer los logros de una manera empírica, cualitativa y definitivamente informal.

En el grupo de terapia escolar, los alumnos alcanzaron una mejor coordinación y expresión corporal como consecuencia de los programas de reeducación psicomotriz implementados con ellos. Los avances en la coordinación visomotora les permitieron elaborar trabajos manuales de calidad y realizar dibujos de figura humana más completos. Uno de los principales logros fue la disminución de la hiperactividad y de la falta de atención y concentración, lo que dió como consecuencia una mejor convivencia y cooperación en el trabajo grupal. En el plano de las actividades básicas cotidianas, los alumnos lograron una mayor autonomía en las tareas de aseo diario de la casa-hogar y en actividades de autocuidado como el vestido, la alimentación y el aseo personal. El desarrollo de sus capacidades cognoscitivas se vió ampliamente favorecido: la mayoría de ellos se iniciaron en la lectura y escritura de palabras, frases y oraciones sencillas.

El grupo preescolar desarrolló los precursores de la lecto-escritura como el garabateo circular y lineal, el

seguimiento de línea, el cubrir espacio con pintura vinílica y otros materiales. Al igual que el anterior grupo, se logró una mayor concentración y participación en actividades grupales. En el área de lenguaje se observó una mejor expresión oral y muchos de ellos se iniciaron en la imitación de frases sencillas y pequeños cantos. Los niños de esta etapa también colaboraron en la confección de los trabajos manuales. En las actividades de autocuidado, muchos de ellos lograron la independencia personal al mejorar sus habilidades psicomotrices y psicosociales. En el área cognitiva, se tuvieron avances significativos al desarrollar conceptos de tiempo y espacio, figura humana y figura animal, los colores primarios, forma, tamaño y cantidad, objetos del hogar, alimentos, juguetes y datos personales (nombre, edad y sexo).

El trabajo con los menores en la etapa maternal alcanzó los resultados más significativos en el aspecto motriz. Al mejorar la actividad muscular y el equilibrio se logró el desarrollo de las posiciones medias y superiores (sentado, cuatro puntos y posición de pie), los cambios de posición y movimientos integrados, los cuales culminaron en la marcha independiente en muchos de ellos. En el trabajo grupal se observó una mayor integración y participación. En el área del lenguaje, aparecieron los sonidos onomatopéyicos y las primeras palabras. En el aspecto cognoscitivo identificaron las partes del cuerpo, sus datos personales, los alimentos, los muebles y los juguetes.

El grupo de terapia lactante disminuyó considerablemente la hipertonia muscular, lo que dió como resultado la corrección de patrones anormales de movimiento y postura. Apareció en muchos de ellos el control de cuello y tronco y los inicios de la coordinación visomotriz. También se

observaron mejoras en la capacidad respiratoria y en el movimiento de la cavidad orofacial, el cual favoreció de manera importante el proceso de la alimentación al mejorar la succión, la deglución y la masticación. Por otro lado, se logró establecer en la mayoría de los menores los precurrentes básicos para el aprendizaje como son la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones.

Es importante destacar que disminuyeron considerablemente los casos de caries dentales y de enfermedades gastro-intestinales ocasionadas por malos hábitos de higiene.

Los avances obtenidos en los menores han quedado registrados en los reportes que fueron entregados al Patronato de la institución, en las reuniones mensuales de evaluación que a continuación se describen.

### *7.3 Reuniones Mensuales de Evaluación*

Desde los inicios de nuestra intervención profesional dentro de la institución, se observó la necesidad de tener reuniones mensuales de evaluación en las que participaran las autoridades religiosas, el Patronato de la casa-hogar y el equipo multidisciplinario, a efecto de analizar y reflexionar acerca del trabajo educativo y rehabilitatorio llevado a cabo con los menores.

De esta manera, durante el tiempo que duró nuestra estancia se realizaron, en forma ininterrumpida, estas sesiones mensuales de análisis. En ellas se presentaban los pormenores de las actividades realizadas con los internos y se escuchaban las propuestas para mejorarlas. Se describían los resultados alcanzados y se mostraban los productos concretos del trabajo educativo y de capacitación laboral



(cuadernos de trabajo, ejercicios gráficos y trabajos manuales elaborados por los alumnos de talleres).

Se exponían los obstáculos y limitaciones encontrados en el ejercicio de nuestro quehacer educativo y se presentaban alternativas metodológicas para franquearlos y/o corregirlos.

Se analizaban los casos clínicos más prioritarios y se diseñaba, conjuntamente, el plan de trabajo a seguir. Por otro lado, se reportaban los datos de la cobertura de atención alcanzada y se solicitaban los recursos materiales y humanos necesarios para continuar con nuestra labor asistencial.

Adicionalmente, se reportaba el trabajo realizado por los grupos y personas voluntarias, por los estudiantes de servicio social o de prácticas escolares y los cursos de capacitación impartidos por nosotros. Además, se presentaban a los nuevos voluntarios que ingresaban a la institución a través de las campañas de captación del voluntariado.

Se informaba a los presentes de los eventos culturales, sociales, deportivos o recreativos llevados a cabo con los internos y de los apoyos interinstitucionales concertados y recibidos (ver apartado 6). Se notificaban los decesos de algunos internos así como el ingreso de los nuevos pacientes.

También se señalaban las modificaciones que fue sufriendo el equipo de trabajo inicial, conformado por psicólogos exclusivamente, hasta que quedó establecido un equipo múltiple integrado por especialistas de otras áreas.

Finalmente se entregaba el reporte de actividades correspondiente, por escrito, y se acordaba la fecha y hora para la próxima reunión mensual.

### c) El resultado

Hasta aquí se ha pretendido mostrar un panorama general de las características propias del espacio institucional en el que se desarrolló nuestra labor profesional como psicólogo en el área de educación especial y rehabilitación. De la misma manera, se han descrito los pormenores del trabajo desarrollado para dar respuesta a las necesidades educativas detectadas en los internos y de los resultados encontrados en cuanto al desarrollo de sus habilidades motrices, cognoscitivas y psicosociales.

Sin embargo, el interés primordial del presente escrito es dar a conocer las transformaciones sufridas por la institución como producto de la toma de conciencia de un grupo de personas quienes, al ser testigos de las prácticas de maltrato y abuso cometidas en contra de los internos, promovieron una denuncia ante diversas autoridades oficiales la cual dio como resultado la clausura temporal del establecimiento.

A continuación se irán detallando, uno a uno, los factores institucionales técnicos, administrativos y terapéuticos que, a nuestro juicio, le impiden ofrecer una alternativa real de recuperación a los internos, a pesar de todos los esfuerzos desplegados por el equipo de trabajo y por los grupos e instituciones que de una u otra manera intervienen en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Nuestro primer contacto con la institución, hace algunos años, nos mostró las siguientes escenas: menores encadenados a columpios que permanecían largas horas bajo los rayos del sol mostrando quemaduras de la piel y síntomas de una grave insolación; menores que por su constante actividad eran amarrados a sus camas con lazos o eran sometidos con sábanas

alrededor del cuerpo; niños desnudos o semidesnudos completamente embadurnados de excremento sin que el personal de apoyo tuviera la precaución de asearlos ni de cambiarles la ropa; una jaula en forma cilíndrica hecha con barrotes de madera que servía como instrumento de "castigo" para aquellos pacientes que cometían alguna infracción o travesura, a los que se les encerraba durante varias horas con el propósito de inmovilizarlos; individuos convulsionando en los pasillos ante la mirada indiferente del personal de limpieza o de las propias monjas; una fuerte moral religiosa que ordenaba la limpieza del cuerpo en traje de baño para evitar despertar, en las pacientes, la "curiosidad" por su propio cuerpo; tristeza y desesperación en la mayoría de ellos sin ninguna otra esperanza que vivir confinados inexorablemente a las tapias del asilo.

A pesar de que muchas de estas situaciones fueron cambiando con el tiempo como resultado del reclamo constante, por parte del grupo de psicólogos, para mejorar la calidad de los servicios asistenciales de la institución y para que se les brindara a los pacientes un trato digno y más humanitario, no se pudieron erradicar definitivamente las actitudes de maltrato e indiferencia mostradas hacia los internos.

Para garantizar el derecho al respeto de la dignidad e integridad personal que posee todo individuo con algún grado de discapacidad, el Código Penal establece como delito el maltrato físico y psicológico, incluyendo la privación de la libertad, la violación, lesiones, abandono y extorsión, que se comete en contra de estas personas<sup>50</sup>. Sin embargo, el

<sup>50</sup> Los Derechos Humanos de Los discapacitados. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991. pág. 18.

contacto cotidiano con la institucion nos permitió comprobar un total desconocimiento por parte de las autoridades del internado, de estos preceptos jurídicos y humanitarios.

La población más descuidada y por lo mismo la mas afectada en su dignidad e integridad como seres humanos, la constituyen los pacientes que se encuentran permanentemente postrados en sus camas a causa de sus impedimentos múltiples y a la gravedad de su invalidez, ya que se trata de personas con diagnóstico de deficiencia mental profunda aunada a trastornos neurológicos graves como parálisis cerebral severa y crisis convulsivas del tipo tónico-clónico.

El problema principal de estos pacientes es el relacionado con su alimentación. En primer lugar, la comida que reciben no reúne la cantidad mínima de nutrimentos necesarios para garantizar que están siendo alimentados adecuadamente; su dieta diaria está compuesta por galletas de animalitos o galletas "marías" remojadas en leche, mañana y tarde. Ocasionalmente se les proporciona atole insipido elaborado con agua caliente de los lavabos. Al mediodía, se les ofrece algún guiso preparado en forma de papilla, el cual es administrado en forma por demás cruel por parte del personal auxiliar, debido a la premura por terminar de alimentarlo y a la dificultad que presentan para ingerir alimentos (mala succión, deglución y masticación).

Aunado a lo anterior, su dieta no incluye el agua necesaria para facilitar la buena digestión justificando esta situación por el hecho de que si se les proporcionan demasiados líquidos, el personal de limpieza requeriría hacer un esfuerzo mayor para mantenerlos limpios, ya que de otra manera tendrían que cambiarles el pañal en más ocasiones durante el día a causa de la orina. Esta falta de cuidado en su alimentación, la cual se ve agravada por la ausencia de

agua durante la comida, ha provocado en mas de una ocasion decesos por peritonitis, deshidratación extrema y anemia en tercer grado.

Otro tipo de maltrato que se ha detectado en la institucion es el enjaulamiento de aquellos internos que, a causa de sus perturbaciones graves del comportamiento, requieren de una atención sumamente especializada e individual para controlar sus conductas agresivas sin tener que recurrir al aislamiento forzoso o al sometimiento cruel a base de amarres y lazos para evitar agresiones físicas o problemas de destructividad extrema, / que sin embargo, la casa-hogar no cuenta con la infraestructura medica y educativa para promover un cambio adecuado en ellos.

Una de las razones que han contribuido fuertemente a perpetuar esta actitud, ha sido la falta de preparación e ignorancia del personal de apoyo que labora en la institucion, debido a que no se les brinda ningún tipo de capacitación o adiestramiento al momento en que se contratan sus servicios. Además, no se les proporciona ningún tipo de equipo especial de protección para realizar sus funciones, lo que ha generado que muchos de ellos hayan sufrido en carne propia las enfermedades transmisibles (epidemias) que suelen presentarse como resultado del hacinamiento hospitalario y de la carencia de apoyo médico oportuno.

Esto ha repercutido gravemente al ocasionar actos de prepotencia y de agresión expresa para con los menores por parte de algunos de los trabajadores auxiliares (afanadoras, cocineras, personal de intendencia, etc.), resaltando aqui el grado de explotación de que son objeto al realizar jornadas de trabajo obligatorias que van desde las cinco de la mañana hasta las nueve o diez de la noche, sin que gocen de ningún trato preferencial o de algún tipo de remuneración o

prestación económica, y lo que es más grave aún, sin que tengan derecho a gozar de descanso o de los beneficios que ofrece el programa terapéutico y educativo desarrollado en la institución.

Algunas de las tareas que cumplen estos internos es la de encargarse completamente del cuidado de algunos de sus compañeros, en el que se incluye su aseo personal (baño), cambio de ropa, alimentación y traslado al comedor o a los sanitarios, además están encargados de recoger la ropa de los tendedores, lavar los excusados, doblar la ropa y almacenarla en los estantes, barrer y trapear e incluso lavar su propia ropa y la de los pacientes a su cargo.

Todo esto conlleva a un marcado déficit en cuanto a la calidad de la atención que ofrece el instituto, debido a que el cuidado de algunos pacientes delicados está a cargo de personas sin la preparación suficiente para poder desempeñar el papel de cuidador auxiliar, es decir, que el bienestar de algunos de los internos depende de las limitaciones o habilidades de los pacientes que los cuidan.

Un ejemplo claro de lo que estamos afirmando se puede observar cuando ocurrió la fractura de la pierna de un bebito de dos años de edad, debido a que la paciente con deficiencia mental que lo cuidaba, lo cargó y lo dejó caer. De igual manera, se presenta el caso de una mujer adulta con serias limitaciones físicas (hemiplejía espástica derecha por secuelas de traumatismo craneo-encefálico y afasia motora) quien está a cargo del cuidado de cuatro menores igualmente afectadas, a pesar de que sus deficiencias le impiden a ella misma caminar correctamente y llevar una vida totalmente independiente.

Otra de las situaciones de maltrato físico es la que se

refiere al baño diario de algunos pacientes varones, los cuales son aseados en el piso a cubetadas, a pesar de que existe una tina construida expresamente para este fin en el cuarto de baño. Por otra parte, hemos sido testigos e incluso hemos intervenido cuando alguna de las monjas ha llegado a la desesperación, quizá porque se trata de personas de edad avanzada que no tienen ni la paciencia ni la preparación suficiente, y han pretendido golpear a alguno de los internos cuando éstos presentan, ocasionalmente, crisis nerviosas y agreden a otros compañeros o destruyen los objetos que encuentran a su paso.

Otro tipo de agresión, pero esta vez psicológica, lo constituye el hecho de que existan cajas mortuorias a la vista de los niños y de los visitantes, lo que ha motivado que en repetidas ocasiones las personas que presencian estos casos se expresen con horror ya que algunas de las cajas son usadas y muestran huellas fehacientes de haberse utilizado con anterioridad.

De acuerdo con las "Normas Técnicas para la prestación de Servicios de Rehabilitación a Inválidos", emitidas por la Secretaría de Salud, la atención a personas con minusvalías debe tener un carácter integral en el sentido de procurar la participación de los diversos especialistas para tratar con estrategias multidisciplinarias, los diferentes trastornos o enfermedades que padecen.<sup>51</sup>

Sin embargo, a pesar de que estas Normas Técnicas son de carácter obligatorio para "todas las unidades de salud de los

<sup>51</sup> Normas Técnicas para la prestación de servicios de Rehabilitación a Inválidos y Extrahospitalaria. Secretaría de Salud. México, D. F., 1990.

sectores público, social y privado"<sup>52</sup> y de que el tipo de pacientes atendidos en la Casa-hogar presentan alteraciones principalmente orgánicas, nunca se tuvo ni se ha tenido un médico o enfermera de planta, que atiendan cotidianamente todas las emergencias que en materia de salud presentan los internos.

La carencia de un médico constante en la institución ha obligado a que se tenga que recurrir a instituciones públicas de salud, referidas en el capítulo de apoyos interinstitucionales, y a trasladar a los pacientes, a través de cualquier medio (automóviles particulares, taxis e incluso camiones y taxis colectivos), cuando han existido casos de urgencias médicas como fracturas, golpes y cortaduras graves; *status epilepticus* (crisis convulsivas continuas) o enfermedades que van complicándose por falta de atención y seguimiento adecuados y que ponen en riesgo la vida de los internos (deshidrataciones, anemias extremas peritonitis o enfermedades respiratorias).

Sin embargo, es importante subrayar la buena disposición del Patronato de Nuestra Señora de la Paz de procurar, sin conseguirlo, el establecimiento de una Área médica dentro de la institución. Para ello, realizaron algunos intentos recurrentes para contratar a un médico de manera estable, no obstante, los esfuerzos nunca rindieron los frutos esperados.

Una tentativa de esto fue la contratación de una neuróloga que ocasionalmente realizó algunos chequeos médicos a los pacientes y les prescribió tratamiento farmacológico. A pesar de ello, nunca mostró tener las cualidades humanas ni profesionales para el trabajo con este tipo de personas, ya que en repetidas ocasiones argumentó que "para que se les

<sup>52</sup>Op. Cit., pág 11.



ayudaba si tarde o temprano se iban a morir".

En relación a los tratamientos prescritos, algunos de ellos no llegaron a concluirse por falta de disciplina en la administración de los medicamentos, por la carencia de éstos o simplemente por desgano del personal responsable.

Por otro lado, un aspecto importante a considerar al hacer el análisis del funcionamiento de la institución, es el que se refiere al contagio de enfermedades transmisibles. Al respecto, la "Ley General de Salud"<sup>53</sup> en sus artículos 133 al 157, establece las medidas preventivas que deberán observarse en las instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Algunas de las medidas hacen alusión a la notificación obligatoria que debe hacerse a la Secretaría de Salud, o en su defecto, a la autoridad sanitaria más cercana, en los casos en que se detecte alguna enfermedad en forma de brote o epidemia; al aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos o de los que se sospeche como portadores de la enfermedad; a la aplicación de los métodos preventivos y terapéuticos pertinentes y a la obligatoriedad que tienen los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de tomar las medidas necesarias para proteger la salud individual o colectiva, al tener conocimiento de un caso de enfermedad transmisible.

Al respecto, no se dispone de un cuarto de aislamiento que permita separar a los internos que padecen enfermedades contagiosas o que requieren del equipo médico indispensable para su recuperación. Además, mucho tiene que ver el hacinamiento extremo en el que viven los pacientes, ya que en

<sup>53</sup> Ley General de Salud. Op. Cit. Capítulo II, arts. 133 a 157, págs. 25 a 29.

una sola habitación duerme el 60% de la población total, es decir, 57 mujeres; mientras que el 40% restante, 37 casos, cohabita en un salón destinado a los varones.

Por otro lado, a ningún empleado, sea cocinera, lavandera, auxiliar técnico o profesionista, se le exige la tarjeta de salud que establece el Código Sanitario para desempeñar sus funciones en una institución de carácter público.

La mayoría de la epidemias surgidas en la casa-hogar como hepatitis, escabiasis (sarna), viruela, varicela, paperas y conjuntivitis, pudieron haberse evitado si se hubieran tomado en cuenta las medidas preventivas que establece el Código Sanitario y la Ley General de Salud.

Un capítulo aparte se relaciona con los donativos en especie que son entregados a la institución por organismos y personas altruistas como sábanas, colchas, zapatos, chamarras, colchones, etc. y que nunca se observó que fueran utilizados por los pacientes a quienes fueron destinados ni se informó del uso que se le dió a estos apoyos.

A raíz de la renuncia de la profesora Bertha García y de la desintegración de su equipo de trabajo, el Programa de Rehabilitación implementado en la institución fue decayendo paulatinamente. Los nuevos integrantes del equipo de rehabilitación no pudieron darle continuidad al trabajo iniciado por la maestra Bertha, a pesar de sus esfuerzos y de su buena voluntad para sacar adelante el proyecto original.

Esto se debió principalmente a que los nuevos integrantes no tuvieron conocimiento de los fundamentos teórico-metodológicos del programa inicial "Educar por Movimiento y Posiciones", lo que dió como resultado un desfase de los logros alcanzados por éste y de las nuevas estrategias educativas utilizadas a posteriori.

Otra de las razones por las cuales no tuvo seguimiento este programa, fue la ausencia de un proyecto alternativo de educación y rehabilitación por escrito, en el que se definiera un esquema de trabajo bien estructurado. Las funciones de los nuevos integrantes nunca fueron delimitadas con precisión, ni se describieron nuevos objetivos, metas y procedimientos terapéuticos a seguir por el equipo multidisciplinario.

Aunado a lo anterior, es importante destacar el hecho de que las autoridades de la institución hayan rechazado el ofrecimiento que hizo el Dr. José Luis Flores, de la Procuraduría General de Justicia del D.F., para establecer un convenio con el Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" en el sentido de ofrecer, de manera gratuita, los servicios de médicos, neurólogos, psiquiatras, psicólogos y enfermeras que contribuyeran en la rehabilitación y asistencia médica de los internos.

Acorde con lo establecido por el Artículo 175 de la Ley General de Salud, en su capítulo único referido a la *Asistencia Social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos*<sup>54</sup> que a la letra ordena lo siguiente: "la Secretaría de Salud establecerá las normas técnicas de carácter nacional en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos y coordinará, supervisará y evaluará su cumplimiento por parte de las instituciones públicas, sociales y privadas que persigan estos fines"<sup>55</sup>, se recurrió a esta instancia para interponer una denuncia, ante la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud,

<sup>54</sup> Op. Cit., pág. 30.

<sup>55</sup> El subrayado es nuestro.

en la que se expusieron las condiciones de marginación y desamparo en que viven la mayoría de los internos.

Con este propósito se preparó un "Informe de Antecedentes y Funcionamiento de la Casa-hogar" (del cual ya hemos expuesto las ideas más importantes a lo largo de este apartado) que fue presentado a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, a la Dirección de Protección Social del D.D.F., al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a la Asamblea de Representantes del D.F. y a la Junta de Asistencia Privada en el D.F.

Poco tiempo después de haber presentado la denuncia ante la C.N.D.H., se presentaron algunos representantes de la Comisión a la casa-hogar para llevar a cabo la primera visitaduría y elaborar el informe correspondiente, sin embargo, se desconocen las resoluciones tomadas al respecto.

Por su parte, ni la Junta de Asistencia Privada ni las autoridades responsables del D.I.F. o de la Dirección de Protección Social del D.D.F., proporcionaron alternativas reales de solución a estos problemas. En este sentido, resulta paradójico y hasta preocupante que en ningún momento se haya obtenido respuesta, de parte de estas insituciones oficiales de control y vigilancia, a la denuncia de hechos presentada en contra de estos menores.

No obstante, resulta igualmente válido hacer un reconocimiento a la buena disposición mostrada por los representantes de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud, quienes atendieron con todo profesionalismo y prontitud las irregularidades señaladas y procedieron a la clausura oficial

de aquellas áreas en las que se manifestaron, con mayor evidencia, los actos violatorios a la integridad y dignidad de estas personas.

De la misma manera, promovieron cambios trascendentales en la institución como son la presencia constante de personal médico, la supresión de jaulas y corrales de madera utilizados como dormitorios, la eliminación de féretros donados por la agencia Gayosso, el apoyo técnico-administrativo y de salud necesario para el buen funcionamiento general del internado y la asesoría y supervisión constante para garantizar un trato digno y más humanitario hacia los internos.

Es importante señalar que durante todo este proceso, se contó con la representación y apoyo de diferentes personas y organismos no gubernamentales quienes mostraron verdadero interés en mejorar las condiciones de vida de los pacientes internos en esta institución. Cabe destacar la participación comprometida de los integrantes de la Brigada Universitaria de Servicios Comunitarios (BUSCA, A.C.) quienes brindaron asesoría legal para interponer la denuncia ante la C.N.D.H., además de haberse comprometido en conseguir el apoyo de las distintas fracciones de la Asamblea de Representantes del D.F., a través de la Comisión de Seguridad Pública y Protección Civil, para dar solución a estos problemas.

### III. LA INTERVENCION INSTITUCIONAL

#### 3.1 El contexto

El problema de las instituciones ha sido abordado desde diferentes perspectivas. La sociología, por ejemplo, estudia el origen y evolución de las instituciones sociales y principalmente la estratificación social que las subyace.

Se suele hablar de la familia como la institución social normativa y formativa por excelencia. También se hace alusión a otros tipos de instituciones de control en las sociedades industriales como las instituciones políticas, la religión y las instituciones educativas.

La institución social, desde esta perspectiva sociológica, es entendida como un "modo de comportamiento mediante el cual se asocian personas entre sí para lograr un fin determinado".<sup>56</sup> Ampliando un poco esta definición, Fichter señala que la institución es una estructura permanente de conductas y relaciones que las personas realizan sujetándose a formas establecidas y con el objeto de satisfacer necesidades sociales básicas como la producción de los medios de subsistencia, trabajo, salud y educación, entre otras.<sup>57</sup>

Para Hernández-León, las instituciones sociales poseen las siguientes características:

- a) Tener como fin la satisfacción de una necesidad social.
- b) Existencia permanente, generalmente son duraderas, su

<sup>56</sup> Hernández-León, M. *Sociología*. Ed. Porrúa. México, 1991. p. 21.

<sup>57</sup> Fichter, H. Joseph. *Sociología*. Ed. Herder. Barcelona, 1971. pág. 259.

modificación suele ser lenta.

- c) Poseen una estructura, sus miembros tienden a mantenerse unidos y ayudarse mutuamente.
- d) Identidad propia, la institución es una unidad que posee independencia y características propias.
- e) Posee normas de conducta que se originan de la repetición uniforme de modos de actuar.<sup>58</sup>

De acuerdo con este autor, las instituciones cumplen las funciones de enseñar a la persona individual cómo debe comportarse en sociedad; dar seguridad y estabilidad a la sociedad y regular la conducta del individuo en la colectividad.

"Toda forma social posee por consiguiente una unidad, un carácter específico producido por su finalidad oficial (la producción, la gestión, la educación, el control, la ayuda, la protección ,etc.) finalidad que, tomada en sí misma y aisladamente, recibe el nombre de función".<sup>59</sup>

Para B. J. Cohen, las instituciones tienen la función de ofrecer al individuo un modelo de comportamiento social apropiado para diferentes situaciones. Las formas de conducta correctas e incorrectas son transmitidas al individuo a través del proceso de socialización.

Debido a que las instituciones fijan las expectativas aceptadas por la sociedad, la desviación con respecto a éstas podría implicar sanciones negativas. A veces es más fácil para el individuo adaptarse a ellas que correr el riesgo de

<sup>58</sup> Hernández-León. Op. Cit. pág. 22.

<sup>59</sup> Lourau, R. EL análisis institucional. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1970. pág. 12.

ser castigado.<sup>60</sup>

Sin embargo, no basta definir racionalmente una organización por los servicios que ésta brinda o por las funciones que está destinada a desempeñar. Si bien es cierto que las organizaciones de producción en las sociedades industriales producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales e integran a sus usuarios dentro del sistema social, también dentro de las instituciones sociales se reproducen fragmentos de la clasificación social y la lucha de clases.

Esto es importante tenerlo en cuenta ya que todas las instituciones se rigen por un sistema organizado de patrones y relaciones sociales en las que necesariamente ocurren interacciones entre individuos. No obstante, estos individuos ocupan posiciones específicas dentro de la estructura total de las instituciones y desempeñan ahí sus roles respectivos.<sup>61</sup>

Para Gérard Mendel, una institución es "cualquier organización, efímera o duradera, creada involuntaria o voluntariamente, que responde a una utilidad o necesidad cualquiera y que contenga diversos niveles de la división del trabajo".<sup>62</sup>

A partir de lo anterior resulta interesante señalar que de acuerdo con Herbert Marcuse, las formas sociales están determinadas "por el principio de rendimiento, único

<sup>60</sup> Cohen, J. B. **Introducción a La Sociología** Ed. Mc. Gray-Hill. México, 1979. pág. 77.

<sup>61</sup> Cohen, B. J. Op. Cit. pág. 73.

<sup>62</sup> Mendel, G. **Sociopsicoanálisis** 1. Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1973. pág. 8.



principio de realidad de la sociedad industrial".<sup>63</sup> Con esto quiere decir que la función primordial de las organizaciones productivas desde el punto de vista del materialismo histórico, es el de generar plusvalía "esa institución sagrada del modo de producción capitalista".

### 3.1.1 El Análisis Institucional

El abordaje crítico de las organizaciones sociales es lo que se intenta desarrollar con el análisis institucional, el cual surge en un momento determinado ante la crisis de las instituciones y, por tanto, ante la crisis del sistema de producción capitalista que las subyace.

Según René Lourau, fue J.J. Rousseau, filósofo de la Ilustración francesa del siglo XVIII, quien instituye el análisis permanente de las instituciones al confiar la legitimidad de las mismas no ya al estado de hecho, es decir, al estado apoyado en la providencia divina, sino al pueblo soberano.<sup>64</sup>

Los fundamentos ideológicos del análisis institucional se basan en los conceptos de filósofos como Rousseau y Hegel, y en las categorías analíticas del marxismo, de la sociología, del psicoanálisis, la psicología y la pedagogía.

Las instituciones sociales bajo la óptica del materialismo histórico, constituyen el espacio en el cual se reproducen

<sup>63</sup> Citado en Lourau, R. Op. Cit. pág. 12.

<sup>64</sup> Lourau, R. Op. Cit. pág. 25.

las relaciones de poder, que en última instancia se traducen como la reproducción de la lucha de clases.

Por otro lado, el psicoanálisis aporta elementos de carácter epistemológico respecto a los fenómenos institucionales. De acuerdo con este mismo autor, el psicoanálisis, mejor que la sociología, permite captar la importancia del concepto de no-saber. El psicoanálisis significa precisamente el descubrimiento del no-saber como regla universal para la acción y, por consiguiente, como base de toda empresa de conocimiento.

En este sentido, el psicoanalista es visto como un "sabio" del no-saber, capaz de descifrar "tanto los meandros de la historia y de la vida social como los contornos de una neurosis".<sup>65</sup> El segundo aporte del psicoanálisis está determinado por un irreductible deseo de saber y de las relaciones de intercambio y producción consciente. De esta manera, el psicoanálisis apoya al análisis institucional en la medida en que intenta "liberar la palabra, manifestar el no-dicho institucional".<sup>66</sup>

Como método generador de conocimiento, el análisis institucional comprende, por un lado, un análisis de gabinete que se apoya en el método inductivo para derivar formas teóricas de aproximación activa al fenómeno investigado, por otro lado, implica la intervención propiamente dicha, un modo de análisis en situación emparentada con la terapia psicoanalítica.

Lo más conveniente es no separar el análisis de la

<sup>65</sup> Ibídem, pág. 76.

<sup>66</sup> Ville, P. "El analicismo" en: Lourau, R. Análisis Institucional y Socioanálisis. Ed. Nueva Imagen. México, 1979. pág. 89.

intervención ya que "sólo la intervención en una situación real nos permite un verdadero socioanálisis".<sup>67</sup>

La intervención institucional se refiere a las acciones realizadas por un equipo de sociólogos, psicólogos, asistentes sociales, psicopsicólogos, etc. ante la solicitud de un cliente que puede ser una organización social o cualquier institución, sea religiosa, educativa, psiquiátrica, política o de otra índole, para resolver un conflicto.

Como escribiera G. Mendel, para el sociopsicoanálisis "su objetivo principal fue y sigue siendo la puesta a punto de un método científico de análisis colectivo que tenga en cuenta tanto las manifestaciones del inconsciente como la problemática del poder institucional y la pertenencia de cada trabajador, en el seno de la institución, a una clase social definida por su sitio en el proceso de producción".<sup>68</sup>

A través del método dialéctico, se trata de teorizar acerca de los elementos que definen al concepto de institución. Desde este punto de vista, el término de institución incluye tres momentos indivisibles, los cuales forman parte de un mismo proceso en el que se interrelacionan de manera dinámica:

Universalidad que constituye la unidad positiva del concepto, lo que lo afirma y consolida como universal. Lo que está ya establecido, lo instituido. Es válido únicamente en lo

<sup>67</sup> Ibid. pág. 263.

<sup>68</sup> Mendel, G. Sociopsicoanálisis 2. Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1973, pág. 8.

abstracto y tiene un carácter estático (tesis).

Particularidad expresa la negación del momento precedente, es la encarnación de las particularidades que niegan la generalización. Tiene un carácter dinámico, instituyente (antítesis).

Singularidad representa la "unidad negativa, resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal".<sup>69</sup> Es la resultante de la acción instituyente sobre lo instituido, es decir, la institucionalización (síntesis).

Para construir una situación analítica, Lourau señala como forma imprescindible el conocimiento y reconocimiento de los instrumentos de análisis, los cuales comprenden un conjunto articulado de conceptos que la corriente institucionalista ha generado y que, a su vez, constituyen su marco de referencia.

Un elemento indispensable en el análisis institucional lo constituye el concepto de *analizador*, el cual es entendido como un revelador de la situación institucional real, un elemento que pone de manifiesto lo que está oculto para generar un conocimiento o "saber" de la situación. "Se denomina analizador a lo que permite revelar la estructura de la institución, *provocarla, obligarla a hablar*".<sup>70</sup>

En la práctica, para que exista una intervención socioanalítica (o de análisis institucional), se requiere de dos elementos importantes: el *encargo* y la *demanda*.

<sup>69</sup> Lourau, R. Op. cit. pág. 8.

<sup>70</sup> *Ibidem.* pág. 282.

Ambos conceptos están íntimamente ligados, no obstante, el análisis institucional reconoce a la demanda como la primera formulación que hace el solicitante y se refiere a la expresión informal de las expectativas de este respecto a la participación del analista. O como lo refiere Ardouin<sup>71</sup>, "el acto fundador de una intervención es la expresión de una demanda de un cliente".

Por otro lado, el encargo está formado por una o varias demandas y se refiere a la formulación contractual, administrativa, de la intervención.

Se debe tener presente que la sola presencia del analista, pone en juego la estructura interna de la organización; las relaciones sociales se hacen manifiestas por el simple desordenamiento de su estructura. "Dicho de otro modo, el análisis instituye una crisis en las instituciones, y una crisis en las instituciones es una forma de análisis; un análisis en crisis".<sup>72</sup>

En este caso, el interviniente debe estar consciente de que su intervención se da en una situación de conflicto latente y por lo tanto será percibido como un intruso hasta que su trabajo sea absorbido por la organización y quede parcial o totalmente institucionalizado.

El desequilibrio institucional ocasionado por la intervención socioanalítica, esto es, el desplazamiento de lo instituido por la acción instituyente del analista, es lo que se conoce como *provocación institucional*.

<sup>71</sup> Ardouin, Jaques. "La intervención: ¿Imaginario del cambio o cambio de lo imaginario?" en: Guattari, F. et al. *La intervención institucional*. Op. Cit. pág. 13.

<sup>72</sup> Lourau, R. Op. Cit. pág. 273.

Lourau señala que la psicoterapia y la pedagogía son los dos sectores más avanzados de la investigación y de la experimentación del análisis institucional. Con ello quiere decir que los campos o áreas más importantes en los que se ha desarrollado la intervención socioanalítica son el hospital psiquiátrico y las instituciones educativas.

La psicoterapia institucional entiende a la enfermedad mental no ya como producto de los desórdenes del intelecto o del cuerpo del paciente, sino que el mal radica en el sistema social (familia, comunidad, hospital) en el que se mueve y los cuales pretenden curarlo.

Fue interés de algunos psiquiatras de orientación analítica, quienes se propusieron poner en tela de juicio las relaciones instituidas en el hospital psiquiátrico. Mediante sus técnicas se pretendió la resocialización del paciente para lograr que el grupo participara en la curación de sus miembros, a la vez que se intentó modificar la organización material de la institución.

Sin embargo, el análisis de las manifestaciones de la institución en cuanto forma particular de las relaciones sociales dentro de los establecimientos de cuidado y saneamiento mental fue desarrollado más ampliamente por el movimiento denominado *antipsiquiatría*.

### 3.1.2 Antipsiquiatría

El término fue utilizado por vez primera por el psiquiatra inglés David Cooper en su libro "La gramática de la vida" para referirse a un conjunto de tendencias doctrinales que establecen una fuerte crítica a la psiquiatría tradicional

como ciencia, como procedimiento terapéutico de normalización y como sistema asistencial de enfermos mentales.

Esta corriente representa una actitud contestataria de psiquiatras críticos y reformistas respecto a las prácticas psiquiátricas convencionales desarrolladas en aquel entonces. Las primeras experiencias de este tipo se dieron a principios de los años cuarentas, en Inglaterra, con la creación de las llamadas "comunidades terapéuticas" en las que se plantea el problema de la institucionalización del enfermo como causa del fracaso manicomial terapéutico. Dichas comunidades se conciben a sí mismas como un conjunto orgánico en los que no se asumen jerarquías ni roles de sumisión o de poder entre los médicos, los pacientes y el personal auxiliar.<sup>73</sup>

Ramón García señala a la "comunidad terapéutica" (Kingsley Hall de R. Laing) y a la "psicoterapia institucional" francesa, a la que nos hemos referido en el apartado anterior, como los antecedentes más inmediatos del movimiento antipsiquiátrico.<sup>74</sup>

Sin embargo, una diferencia fundamental de éste con la psicoterapia institucional, es que la experiencia antiinstitucional de los psiquiatras italianos e ingleses no hacen referencia a los planteamientos psicoanalíticos de Freud, como sustento ideológico de su praxis.

Otra diferencia importante está relacionada con la postura de los analistas institucionales, quienes pretenden llevar a cabo una profilaxis de la institución con miras a lograr un

<sup>73</sup> Basaglia, F. "Apuntes de psiquiatría institucional" en: García, R. y otros. ¿Psiquiatría o Ideología de la Locura?. Ed. Anagrama. Barcelona, 1972. pág. 29.

<sup>74</sup> García, R. Op. Cit. pág. 12.

reestablecimiento funcional de la misma, o por así decirlo, a una cura o saneamiento institucional.

Por el contrario, los antipsiquiatras y principalmente el italiano Franco Basaglia<sup>75</sup>, plantean una postura institucional más radical: la única posibilidad que ellos vislumbran es la abolición de las instituciones opresoras, las "instituciones de la violencia" como él mismo las denomina, ya que tanto el manicomio como las prisiones no han demostrado ser una alternativa real de recuperación o de readaptación del individuo.

La práctica antipsiquiátrica, que tuvo su mayor expresión en Inglaterra e Italia, no desarrolló ninguna experiencia formal en Francia a pesar de las múltiples publicaciones que le dieron una amplia difusión al movimiento en ese país.

Como se señaló al principio de este apartado, la crítica más radical hecha por los llamados antipsiquiatras estuvo dirigida, desde sus inicios, al cuestionamiento de la psiquiatría como establecimiento asistencial para el internamiento del enfermo; al concepto tradicionalista de la enfermedad mental y al carácter científico y social de la ciencia psiquiátrica.

Dada la amplísima información que este movimiento generó respecto al cuestionamiento de la ideología y la práctica psiquiátrica convencionales, se expondrán a continuación las ideas más generales en relación con las deficiencias

<sup>75</sup> Franco Basaglia desarrolló una amplia experiencia práctica de transformación institucional en Italia, desde sus primeras intervenciones en el manicomio de Gorizia, las cuales fueron analizadas y reportadas en su libro "La institución negada", pasando por los dos años que dirigió el hospital de Parma, hasta su último trabajo realizado en Trieste.



asistenciales de las instituciones psiquiátricas que fueron detectadas por los precursores de esta corriente.

De la misma manera, se presentará la forma en que se concibe la enfermedad mental desde un punto de vista social e histórico, así como los cuestionamientos hechos a la psiquiatría como ciencia políticamente neutra y a los supuestos avances de la medicina en el tratamiento y recuperación de los desórdenes mentales.

Es importante aclarar que esta diferenciación obedece más bien a una necesidad de sistematizar los conceptos desarrollados por la ideología antipsiquiátrica, que nos permita entender la esencia del trabajo antiinstitucionalista realizado en el campo de la psiquiatría y poder extrapolarnos, en la medida de lo posible, a la situación muy particular de la institución asistencial que nos ocupa.

#### *La psiquiatría como sistema asistencial*

Para los psiquiatras revolucionarios el manicomio es el lugar de exclusión y segregación del enfermo mental por excelencia. En este sentido, el hospital psiquiátrico es una institución cerrada cuyo propósito fundamental es proteger a la sociedad del desviado o "loco", mediante la marginación.

De esta manera, se pone en duda su carácter terapéutico al señalar que la institución no ha respondido a su exigencia de procurar la recuperación del enfermo, más bien ha respondido a la exigencia social de exclusión<sup>76</sup>, a la necesidad de

<sup>76</sup> Basaglia, F. "La institucionalización psiquiátrica de la violencia" en: Basaglia, F. y otros. *Razón, Locura y Sociedad* Ed. Siglo XXI. México, 1981. pag. 15.

aislarlo , por peligroso e improductivo, del contexto social.

La ideología de la recuperación, si es que esta última existe, está basada en el castigo y no en la aplicación humanizada de los conocimientos científicos y terapéuticos; por esta razón son consideradas como instituciones violentas.

Para la antipsiquiatría, el manicomio es también aquella institución en la que se reproducen las macrodesigualdades de la estructura social de la cual forman parte. En última instancia, es el espacio donde se manifiestan claramente distintos roles, distintas jerarquías entre médicos psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y enfermos, que condicionan la reproducción de sus contradicciones, de la lucha de clases.

Por este motivo, la ideología psiquiátrica, como expresión del sistema social que las mantiene, hace de la división del trabajo una lucha de poderes al interior de las instituciones.<sup>??</sup>

En el ámbito institucional el médico, el psicólogo, el técnico, gozan de una situación de privilegio en relación con el enfermo que la estructura asilar, como reflejo de la estructura macrosocial, reproduce y establece en su interior. Por ello, es imposible hablar de reciprocidad en la relación médico-paciente.

Los terminos "curar" o "sanar" constituyen una coartada del discurso científico institucional para legitimar una violencia cometida en contra de un interno que desconoce los

<sup>??</sup> Entrevista a Franco Basaglia en: García, R. Op. Cit. pág. 92

motivos de su internamiento y la duración de su condena.<sup>78</sup> Violencia entendida como privación de la libertad, sometimiento a ultranza y maltrato físico y psicológico cometidos con el propósito de reajustar a la persona a las normas socialmente aceptadas.

De acuerdo con Basaglia, la violencia contra el enfermo no es más que un síntoma del miedo y de la incapacidad de la ciencia, y con ella del científico, para tratarlo con bases perfectamente comprobables y reproducibles.

Para este autor, el cambio insitucional verdadero sólo será posible en la medida en que se logre un cambio en las relaciones del sistema social en el que están inmersas. El problema básico consiste en transformar éstas instituciones opresoras en instituciones liberadoras, en las que los pacientes puedan expresarse libremente y puedan participar de manera activa en el devenir histórico de la institución y de su enfermedad. Sin embargo, como el manicomio siempre va a ser un lugar de violencia, lo mejor es prescindir de él.

#### *La psiquiatría como ideología de la locura*

La Revolución Industrial de principios del siglo XVIII, introduce el término de *productividad* para justificar el proceso de individuación y subjetivación del ser humano. La persona es valorada en términos de producción y aceptada o rechazada según su capacidad de incorporarse como fuerza de trabajo a un sistema que lo explota.

<sup>78</sup> Entrevista a F. Basaglia en *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona, 1973. pág. 13.

En este contexto, la enfermedad no tiene cabida ya que constituye un estorbo para el desarrollo productivo en la medida en que únicamente se es productivo si se está sano. Por lo tanto, el individuo que no responde a esta exigencia debe ser apartado de la estructura social.

Como lo refirió Basaglia, "la enfermedad mental, como cualquier otro tipo de inferioridad que margine del campo productivo, sólo asume una significación irreversible y estigmatizante para la clase más pobre".<sup>79</sup>

En las sociedades industriales, el concepto de normalidad se halla ligado, como hemos visto, al de productividad. Los límites entre lo sano y lo enfermo obedece a esta lógica productivista; a los intereses de las clases dominantes y al sistema de valores que la ciencia médica-psiquiátrica representa.

Para los antipsiquiatras ha sido importante la erradicación del término de locura, ya que resulta difícil mantener una postura científica respecto a ésta, además de ser indefinible en términos o categorías objetivas, sin juicios ni prejuicios morales, e insostenible y carente de sentido al no tener claro un referente de su naturaleza y etiología.

Derivado de lo anterior, el especialista ha creado un lenguaje técnico, un vocabulario eufemístico que complejiza el fenómeno con el doble propósito de encubrir su incompetencia científica y de crear confusión como un arma de dominio.<sup>80</sup>

<sup>79</sup> Basaglia, F. "Apuntes de psiquiatría institucional" Op. Cit. pag. 51.

<sup>80</sup> Entrevista a F. Basaglia en: García R. Op. Cit. pág. 82.

La antipsiquiatría ha constituido esencialmente un comprometido intento por encontrar las causas de los desórdenes mentales en los factores sociales que los subyacen.

Thomas Szasz, psiquiatra húngaro-estadounidense, cuestiona la existencia de la enfermedad mental; descarta su referente biológico como causa principal y señala que ésta representa sólo un término carente de significado y no una entidad nosológica como tal.

Más bien se trata de una etiquetación que hace el psiquiatra para legitimar su actuación y justificar la hospitalización involuntaria del enfermo. E insiste, "si no hay enfermedad, no hay *nada* que tratar; si no hay pacientes, no hay *nadie* a quien tratar".<sup>81</sup>

Por el contrario, Basaglia sí considera la existencia de la enfermedad como una situación que ha alterado la relación con los otros, sin embargo, señala que hasta el momento la ciencia no tiene una explicación clara de lo que es y de lo que se debe hacer. Lo que se cuestiona, en última instancia, es lo que se "hace" actualmente por el enfermo mental, es decir, la institucionalización violenta que implica marginación y al mismo tiempo abuso e intolerancia.

Esta nueva corriente ideológica, replantea la imagen del alienado fuera de los esquemas nosológicos tradicionales para exponerlo como un problema aún no resuelto ni por las instituciones de custodia ni por la psiquiatría como ciencia aplicada a los desórdenes mentales.

<sup>81</sup> Szasz, T. Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría. Ed. Prentice. México, 1984. pág. 51.

"La clasificación de los síndromes psiquiátricos sería, pues, la expresión de nuestra impotencia, por un lado, y de nuestra agresividad por el otro, ante una enfermedad que se nos escapa".<sup>82</sup>

De acuerdo con el movimiento antipsiquiátrico, es en la comunidad en donde se hallan las contradicciones que dan origen a los trastornos mentales y es allí donde surge la necesidad de segregar a sus víctimas. Por este motivo, se hace necesario abrir las puertas del asilo, devolver a los marginados a su comunidad, para que esta asuma su responsabilidad en la recuperación del enfermo.<sup>83</sup>

### *La psiquiatría como ciencia*

El cuestionamiento de la psiquiatría como ciencia políticamente "neutra" fue hecho por vez primera por el movimiento antipsiquiátrico a principios de la década de los 60's, por autores como R Laing, D. Cooper y A. Esterson, en Inglaterra; F. Basaglia y G. Jervis, en Italia; T. Szasz y E. Goffman, en Estados Unidos y otros.

La supuesta neutralidad de la ciencia psiquiátrica, sirve a intereses bien definidos de los grupos decisorios, los que establecen los límites entre lo sano y enfermo, entre lo normal y lo anormal. ¿Cuáles son esos intereses?, el rechazo de los individuos que carecen de la fuerza laboral para lograr su subjetivación dentro del proceso productivo.

<sup>82</sup> Basaglia, F. "Apuntes de psiquiatría institucional". Op. Cit. pág. 19.

<sup>83</sup> Resulta interesante revisar la experiencia desarrollada por Franco Basaglia en la ciudad de Trieste, referida en Ingleby, D. Op. Cit. pág. 236..

Para Ramón García<sup>84</sup>, "la experiencia psiquiátrica es siempre una experiencia política, bien frente al sistema y al Estado (actual de cosas) -¿el *statu quo*?-, o bien a favor de ellos".

Ciencia y política están íntimamente relacionadas. Saber y poder son sinónimos de un mismo discurso social cuando se persigue el mismo propósito: transformar las condiciones sociales en las que vive el enfermo. De esta manera, los técnicos reformistas más que hacer ciencia, hacen política.

La psiquiatría clásica está comprometida fundamentalmente con metas sociales conservadoras, la relación médico-paciente es una relación de poder, en la que el primero asigna un diagnóstico etiqueta como una forma de defensa ante su incapacidad para reconocer al enfermo mental como un problema planteado y no resuelto.<sup>85</sup>

Thomas Szasz considera que la ciencia en general y la psiquiatría en particular, "toma parte en ciertas características institucionales que parecen ser indispensables para el mantenimiento de la coerción social"<sup>86</sup> y que como actividad indiscutiblemente humana, tiende a devaluar su carácter científico para dejarse influir por aspectos religiosos, políticos y económicos, convirtiéndose así en "ciencias falsas o pseudoreligiosas".<sup>87</sup>

Tanto Laing como Basaglia, reconocen su profesión como psiquiatras, como profesionistas al servicio de sus clientes.

<sup>84</sup> García, R. Op. Cit. pág. 10.

<sup>85</sup> Basaglia, F. "Apuntes de Psiquiatría ...". Op. Cit. pág. 20.

<sup>86</sup> Szasz, T. Op. Cit. pág. 175.

<sup>87</sup> Ibíd. pág. 175.

Sin embargo, ellos cuestionan su especialidad en términos de un rechazo por las prácticas reaccionarias de la psiquiatría tradicional.

El técnico, en este caso el psiquiatra, pertenece a una clase social diferente del enfermo, está ubicado en esa parte de la estructura social en la que se encuentran los grupos dominantes, los que poseen el poder económico, político, social e ideológico. Por tanto, no puede responder a las necesidades del usuario, sino que obedece a su función social como delegado del poder oficial.

La abstracta neutralidad de la ciencia queda al descubierto cuando se confronta su elaboración teórica de los fenómenos y su trabajo práctico aplicado; la escisión entre ideología y praxis resulta insoslayable.

Una premisa básica de la antipsiquiatría consiste en erradicar la prescripción indiscriminada de fármacos como método terapéutico recurrente, en tanto que representa un ataque al individuo y produce efectos secundarios, en muchos casos irreversibles.

Más que antipsiquiatría, Franco Basaglia<sup>88</sup> prefiere el término de *revolución psiquiátrica* para referirse al movimiento antiinstitucional iniciado por él en el Manicomio de Gorizia, Italia, a finales de junio de 1961.

A finales de la década de los setentas y principios de los ochentas, la euforia contestataria contra el orden establecido pareció apaciguarse, el movimiento antipsiquiátrico fue parcialmente abandonado, mientras que la psiquiatría clásica ortodoxa siguió su camino indeclinable.

<sup>88</sup> Basaglia, F. "Apuntes de psiquiatría ..." Op. Cit. pág. 48.



De esta manera, haciendo un análisis retrospectivo la antipsiquiatría de los años sesentas parece ser un fenómeno típico de la época, en la cual tuvieron cabida los grandes teóricos sociales y se dieron movilizaciones de amplios sectores de las sociedades, tanto en Europa como en América Latina, en las que se planteó la inminente decadencia del sistema capitalista.

Sin embargo en la actualidad, y por extraño que resulte, los planteamientos originales que fueron proclamados para cuestionar el encumbramiento irresoluble de la ciencia psiquiátrica, permanecen aún vigentes en nuestro país. No obstante, es necesario replantear el modelo intelectual que le dio origen y adaptar el cuestionamiento inicial a las nuevas circunstancias.

En México, la corriente antipsiquiátrica tuvo una gran influencia sobre todo entre los intelectuales y activistas de izquierda de los años setentas, quienes reconocieron los factores sociológicos de la enfermedad mental al tiempo que denunciaban las condiciones de tortura, represión, explotación y pobreza que caracterizan a nuestro país y al resto de las naciones en América Latina.

Fue a partir del IV Encuentro de la Red de Alternativas a la Psiquiatría, celebrado en 1978 en Cuernavaca, Morelos, cuando se trató de organizar un movimiento de crítica institucional psiquiátrica en nuestro país.

La lucha contra la opresión psiquiátrica surgió emparentada con las luchas por un cambio radical en las estructuras sociales y políticas en Latinoamérica. De ahí que la experiencia desarrollada por la Red de Alternativas a la Psiquiatría en América, haya incluido la participación de campesinos, militantes sindicales, integrantes partidistas,

profesionales y no profesionales de todas las regiones.<sup>89</sup>

Este movimiento dió especial importancia a la autogestión comunitaria como una forma de solución a los problemas de salud mental, aprovechando la "serie de recursos autónomos y autogestores comunales con los que cuentan sobre todo las capas populares".<sup>90</sup>

El objetivo era trabajar con las comunidades en la organización de las luchas políticas como mitines, manifestaciones, marchas, etc., sin tener que recluir, y por lo tanto excluir, al enfermo en instituciones psiquiátricas. Se consideró, en este sentido, que al involucrar al paciente en cuestiones de carácter social, recupera su equilibrio emocional interno al tomar conciencia de las condiciones de opresión y marginalidad que propician el surgimiento de su enfermedad, la cual lejos de contener un sustrato orgánico, se presenta como una manifestación inconsciente de rechazo e insubordinación a las normas establecidas.<sup>91</sup>

Más que un movimiento antiinstitucional psiquiátrico o de crítica al papel social de la ciencia y sus técnicas, la posición de la Red fue eminentemente política, de transformación social y de crítica a la estructura dominante.

Sin embargo, el único caso práctico que se reporta como un ejemplo de asistencia psiquiátrica no tradicional en México, lo constituye el trabajo realizado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Especialidades de Jalapa,

<sup>89</sup> Marcos, Sylvia. Introducción a Gómezjara, F. Alternativas a La Psiquiatría y a La Psicología Social Ed. Fontamara, México, 1989, pág. 14.

<sup>90</sup> *Ibid.* pág. 14.

<sup>91</sup> *Idem.*

Veracruz, por médicos, psiquiatras y psicólogos simpatizantes del movimiento de transformación psiquiátrica.

Algunas de las reformas asistenciales introducidas en la Unidad fueron el trato humanitario que se brinda al paciente; el intento de inclusión de la familia del enfermo dentro del proceso terapéutico; la reducción de camas para evitar los internamientos masivos no justificados; el trabajo multi e interdisciplinario y su afán de concientizar a la comunidad para que modifique el concepto que tiene de la enfermedad mental.

Desafortunadamente, este movimiento concluyó con la disolución irremediable de la Red, del trabajo comunitario y de la organización de nuevos encuentros.<sup>92</sup> No obstante, la actitud contestataria a la psiquiatría institucional ortodoxa fue retomada por algunos intelectuales, a principios de la década de los 80's (Gerardo Pacheco, Carlos Rodríguez Ajenjo y Ma. Teresa Döring, entre otros), quienes realizaron algunos encuentros y foros sobre alternativas a la Psicología y Psiquiatría tradicionales, llevados a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana y en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Estos trabajos dieron como resultado diversas notas periodísticas en las que se hacen denuncias sobre el actual sistema asistencial psiquiátrico en México. Asimismo, se han realizado abundantes publicaciones de artículos en revistas especializadas y compilaciones de libros en los que se intenta rescatar algunas experiencias de trabajo comunitario en el campo de la salud, además de ofrecer alternativas autogestoras como la psicología comunitaria y "el barrio

<sup>92</sup> Gómezjara, F. "La otra psicología" en. Gómezjara, F. Op. Cit. pág. 136.

contra el manicomio" como formas sustitutivas del internamiento institucional.

### 3.2 Replanteamiento del problema y del método

A partir de este marco conceptual de crítica institucional se intentará retomar algunos elementos para efectuar un análisis de la situación de maltrato e indiferencia vivida en la institución asistencial denominada "Casa-hogar de Nuestra Señora de la Consolación", que a pesar de no estar considerada oficialmente como un establecimiento de custodia para enfermos mentales, comparte muchos de los problemas y deficiencias que son característicos de los hospitales psiquiátricos en nuestro país

#### 3.2.1 Estructura institucional y formalidad terapéutica de la casa-hogar

Indudablemente se trata de un lugar de exclusión y encierro al cual llegan las personas rechazadas por una sociedad clasista, carente de sensibilidad y ajena a los problemas que enfrentan los individuos con desórdenes orgánicos e intelectuales.

Nos estamos refiriendo a la población más vulnerable, que no conscientes del daño que padecen y tampoco de sus precarias condiciones de existir, se ven imposibilitados para confrontar su realidad y denunciarla.

Doble condición de marginados, en tanto que forman parte del contingente de segregación que la propia sociedad ha creado y en tanto que no son capaces de anticipar un futuro. No anhelan nunca el día de su salida porque no conocen de su existencia. No saben de su condición de relegados y, muchos de ellos, ni siquiera están conscientes del maltrato institucional de que son objeto.

De ahí la importancia de la "vehiculización" del encargo ajeno al que haremos referencia mas adelante.

Los problemas surgidos poco tiempo después de haber ingresado a la institución, fueron evidenciando de manera gradual los conflictos internos y las carencias técnicas, económicas y humanas que colocaban a la institución en una posición poco favorable respecto a su propio discurso: "brindar atención médica, hogar, alimentación y cuidados a débiles mentales profundos".

Como hemos podido constatar, nunca existió en la institución un médico que atendiera permanentemente las enfermedades y urgencias que día a día se presentaban en los enfermos más graves.

De aquí que resulte importante para el psicólogo o para cualquier especialista institucional, analizar el discurso oficialista y contrastarlo con las prácticas cotidianas llevadas a cabo en favor de los enfermos.

Siguiendo este planteamiento desentrañamos, después de algunas reflexiones, las trampas del discurso filantrópico de la asistencia social privada, el cual se nos presenta de manera velada, aunque no inconfesable, como una apología de la subvención:

"Soy poseedora de los medios de producción y mi posición en la estructura social me permite, a tí marginado, ofrecerte mi ayuda desinteresada y humanista para justificar mi status, legitimar mi poder y redimir mis excesos en pro de la filantropía; aunque los recursos que te ofrezca sean el resultado de tu mano de obra barata en mi empresa y de la injusta distribución de la riqueza". De esta manera, ninguna institución de este tipo se cuestiona el origen de estas diferencias. Asumen su papel histórico heredado por la tradición cristiana de ayuda al menesteroso y no se conciben a sí mismas como perpetuadoras de la inequidad y del mismo estado de cosas.

El discurso de las instituciones asistenciales es por tanto, un discurso político que, en marcado contraste con la finalidad técnica-terapéutica que persigue, anula toda evidencia real de recuperación y por lo mismo se vuelve contradictorio e insostenible.

También hay que reconocer que intervienen ciertos elementos de culpa en el acto filantrópico de la asistencia social privada, entendido como la dádiva del que posee todo y que, por esto mismo, se siente "obligado" a compartir una ínfima parte de su riqueza.

Sin descuidar el análisis de las condiciones materiales de la casa-hogar, se pueden identificar algunos de los factores que, a nuestro juicio, propician una inadecuación de las tácticas rehabilitatorias implantadas por la institución:

- a) hospitalización prolongada e indefinida
- b) efectos graves del internamiento que conlleva a una pérdida total de iniciativa del individuo enfermo
- c) asistencia médica deficiente
- d) hacinamiento extremo

- e) falta de higiene
- f) carencia de recursos económicos, técnicos, humanos y científicos
- g) maltrato e indiferencia

El funcionamiento rígido e inflexible de las instituciones asilares o de custodia, le impiden al internado decidir por sí mismo qué hacer de su vida. Lo descalifica de entrada como persona y le niega, por tanto, cualquier prerrogativa o derecho civil lo que constituye, legalmente, una violación expresa a sus garantías como individuo. La organización institucional les señala y determina cada momento de su existencia (horarios de sueño y vigilia, de alimentación y de aseo, actividades predeterminadas, descansos obligatorios, etc.), que finalmente suscita en ellos la incapacidad del acto voluntario.

El abandono y la privación del enfermo que son características en este tipo de instituciones resultan a la postre más deteriorantes e invalidantes que la propia enfermedad que se padece. En este sentido, los hogares sustitutos o cualquier establecimiento de custodia e internamiento, no pueden ser considerados como terapéuticos en tanto que persiguen más bien propósitos adaptacionistas a la propia enfermedad y al enclaustramiento.

Por otro lado, las epidemias surgidas muy a menudo, pudieron haberse prevenido con un poco de atención y cuidado por parte del personal de la institución. La falta de aseo, la falta de apoyo del personal de intendencia, la carencia de servicio médico oportuno y, en general, el desconocimiento de medidas preventivas, propiciaron su irrupción inevitable.

Esto no es más que una pequeña muestra de la deficiente, y en muchas ocasiones inexistente, calidad de la atención

médica hospitalaria. Desconocemos si sea un síntoma recurrente en los médicos, pero la realidad es que, a pesar de todos los esfuerzos desplegados por las autoridades del instituto, los profesionistas de la salud rehuyen su compromiso hipocrático de atención a las clases menesterosas. Tal vez la remuneración deficitaria, la falta de apoyo para desempeñar su labor o simplemente el desgano consuetudinario, sean la causa de este desapego, sin embargo, lo cierto es que jamás se logró la participación consistente de un médico dentro de la institución.

De alguna manera relacionada con lo anterior, cabría preguntarse ¿por qué el maltrato físico y psicológico?, ¿por qué el castigo y el encierro?, ¿por qué los lazos y cadenas para contener al más "violento"?, ¿por qué...?. Si nos atenemos al razonamiento de los psiquiatras reformistas, la explicación es muy simple: incapacidad e incompetencia.

Incapacidad de no saber qué hacer con ellos; incapacidad de poder ofrecer una alternativa más "humana" y por qué no, más científica a sus sufrimientos; incapacidad de saber cómo controlar su agresión latente o manifiesta. Incompetencia que se traduce en miedo de aquello que no se conoce, y lo que no se conoce, se le intenta destruir.

Prejuicios morales y una marcada tendencia religiosa en contraste con una actitud más científica de las acciones rehabilitatorias es la tónica de su labor asistencial. Más que un trabajo profesional-científico, o de un servicio asistencial claramente definido, la función institucional se percibe como un acto de humanidad y de caridad cristiana, por lo que se descuida el aspecto formal curativo y de saneamiento, esto es, la búsqueda de técnicas rehabilitatorias aplicables a este tipo de enfermos; la conformación de un equipo multi e interdisciplinario que dé



respuesta real a los requerimientos clínicos y formativos de los pacientes, a la investigación de las causas e al desarrollo de estudios epidemiológicos. En fin, la institución no cuenta con un proyecto asistencial bien definido que contemple de manera consciente todas estas cuestiones de carácter metodológico y científico.

A pesar de las múltiples actividades desarrolladas por el equipo de trabajo, no se tuvo finalmente un esquema de atención formal por escrito, en el que se describieran objetivos, propósitos, metas y procedimientos de las acciones rehabilitatorias. Tampoco fueron planeadas las actividades como parte del proceso de reeducativo ni se definieron las funciones de cada uno de los integrantes del grupo de especialistas.

Nunca estuvieron definidas, finalmente, las políticas de atención y de intervención terapéuticas. El trabajo realizado fue más bien una práctica silvestre en la que cada uno hacía lo que podía o lo que creía que debía hacer.

Desde nuestro punto de vista, la falta de definición de objetivos y planes y programas terapéuticos, aunada a la falta de documentos normativos tales como reglamentos, lineamientos operativos o proyectos alternativos, no justifica la existencia ni le dan razón de cometido a este tipo de instituciones, por lo que se hace imprescindible contar con una estrategia de acción lo suficientemente definida y fundamentada si es que se tiene la pretensión de constituirse como unidad terapéutica-rehabilitatoria.

Las buenas intenciones academicistas por conformar un equipo de trabajo que atendiera, de forma especializada, cada aspecto del problema, no fueron suficientes: los conceptos de la multi e interdisciplinariedad no tuvieron contexto en la

casa-hogar.

En este punto es importante señalar que la ausencia de definición de funciones, incluyendo al psicólogo, impide el desarrollo de un trabajo coordinado y, por lo mismo, más eficiente.

En cuanto a la estructura administrativa institucional, una de las deficiencias que podríamos señalar es que no se tiene contemplada la creación de un departamento de psicología, o de cualquier otra área de atención o de servicio psicopedagógico o clínico. El organigrama presentado en este informe obedece a cuestiones de análisis de la estructura institucional, sin embargo, resulta imposible hacer referencia a algún escrito que lo incluya o lo describa.

Aunado a todo lo anterior, existen también algunas limitaciones que impone la misma institución como son la falta de información, el material insuficiente, recursos económicos limitados, acceso restringido a ciertas áreas, falta de personal auxiliar suficientemente capacitado, espacios físicos inadecuados y la subordinación del trabajo rehabilitatorio al área técnica-administrativa no especializada (patronato y directora).

Es importante resaltar el hecho de que los internos que cuentan con mayores habilidades, participan en el cuidado diario de aquellos que presentan más desventajas físicas y mentales. Esta situación podría tener diferentes interpretaciones.

Por un lado, se podría argumentar que la participación activa de los más capaces en este tipo de tareas, de alguna manera favorece el desarrollo de habilidades psicomotrices y

psicosociales que a su vez promueven la plena integración de grupo al establecer en ellos hábitos de disciplina, orden, ayuda mutua y convivencia social. Ciertamente es así, sin embargo, cuando en estos actos se cometen excesos, lejos de convertirse en una alternativa de superación o de recuperación personal, se produce en ellos un efecto contrario de deterioro como resultado de la enajenación al trabajo y la abolición su libertad, lo cual va en detrimento de sus horas de sueño y sus comidas, de su educación y recreo habituales.

Todas estas actitudes y prácticas comunes en la institución fueron despertando en nosotros una consciencia solidaria, una actitud de inconformidad extrema y un deseo de transformación, que dieron como resultado un cambio radical en las precarias condiciones de existencia de los enfermos y en el establecimiento de una propuesta más humanitaria respecto al trato que reciben.

Esto indudablemente no lo busca la institución como tal, más bien es el compromiso de un profesional que procura el bienestar de individuos y poblaciones en desventaja, pugnar por reformas institucionales en este sentido.

Por último, cabría señalar que todas estas cuestiones han evidenciado una vez más la absoluta incapacidad de las instituciones asilares de este tipo para resolver la grave contradicción que se les ha encomendado: la reintegración del individuo "desviado" a la misma sociedad de la cual son consecuencia.

### 3.2.2 El psicólogo, su saber y las instituciones

*"pienso que, como técnico, debo simplemente usar mi estatus para ayudar a superar las necesidades...del interno".*

Franco Basaglia

El involucramiento del psicólogo en cuestiones sociales e institucionales se justifica por el hecho de que son precisamente los factores sociales, económicos e históricos los que determinan en el sujeto la forma en que concibe y vive su realidad y la manera en que responde a sus propias necesidades de subjetivación y a los requerimientos de una sociedad estructuralmente injusta.

En sus orígenes, teníamos una visión mesiánica de nuestro quehacer profesional. Pretendíamos, como técnicos incipientes del comportamiento, reestablecer el equilibrio bio-psico-social de los "incapaces" y de esta manera cumplir con el encargo oficial de la institución: "alcanzar la plenitud material y espiritual". Sin embargo, fue necesario un riguroso análisis de nuestro actuar para lograr un trabajo eficiente, ética y científicamente, y para despertar hacia una conciencia social de las condiciones de maltrato e indiferencia que padecían los enfermos.

Una primer interrogante que surge para tratar de encuadrar el análisis crítico que se pretende hacer respecto al trabajo realizado en la casa-hogar se refiere a ¿cuál es el papel del psicólogo especializado en la rehabilitación y la educación especial dentro de las instituciones asistenciales privadas?.

Para dar respuesta a este cuestionamiento se puede echar mano de los conceptos aprendidos durante nuestra formación, los cuales representan una parte importante de nuestra herencia académica.

De acuerdo con Ribes y colaboradores<sup>93</sup>, el psicólogo es un profesionista adiestrado para el análisis y modificación del comportamiento, capacitado con un marco teórico y un conjunto de técnicas para afrontar los problemas conductuales.

Por otra parte, y complementando lo anterior, el currículum de la carrera de psicología de la E.N.E.P. Iztacala, establece que las funciones del psicólogo en el área de la educación especial y rehabilitación se refieren a:

1. Poner al estudiante en contacto con la realidad social, dotándolo de los medios para resolver los problemas de rehabilitación que enfrentará en su práctica profesional dentro de la comunidad
2. Proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia social destinado principalmente a la rehabilitación de niños con retardo en el desarrollo.

Es importante agregar que de acuerdo con los lineamientos operativos de la Dirección General de Educación Especial de la S.E.P., la función del psicólogo dentro de esta área, se limita a la aplicación de baterías psicológicas tradicionales con fines diagnósticos; a la realización de algunas actividades administrativas como la entrega de reportes, la asistencia a reuniones multidisciplinarias, etc.; al registro de observación de los avances y a establecer recomendaciones y/o sugerencias. No se consideran las funciones de prevención

<sup>93</sup> Ribes, I. E. y cols. Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas. México, 1980.

o de investigación de los desórdenes del desarrollo.

A pesar de que estas definiciones aclaran en parte el trabajo que puede desarrollar el profesionista de la conducta en el área de la rehabilitación y la educación especializada, nuestro análisis se ve limitado en tanto que no se reconoce puntualmente el rol social del psicólogo que labora en instituciones.

Esto es particularmente importante en el sentido de que no se pretende hacer una discusión profunda sobre los aspectos preponderantemente técnicos del trabajo rehabilitatorio institucional. En lugar de ello, se intenta resaltar la apertura que debe tener el profesionista de la conducta hacia cuestiones más amplias de carácter social para poder enfrentar esa realidad cotidiana llamada "instituciones de custodia".

En este sentido, vale la pena rescatar lo que para José Bleger<sup>94</sup> es la psicología institucional. Señala que el trabajo profesional que desarrolla el psicólogo en el ámbito de las instituciones debe estar encaminado principalmente a la psicohigiene, esto es, a lograr una mayor organización interna y a mejorar las condiciones necesarias que ayuden a promover la salud y bienestar de los integrantes de la institución.

"Trabajar en el campo de la psicohigiene significa inevitablemente estar actuando en los problemas sociales y en las condiciones de vida de los seres humanos"<sup>95</sup>, porque hay situaciones en las que las acciones de higiene mental dentro

<sup>94</sup> Bleger, José. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Ed. Paidós. Argentina, 1971.

<sup>95</sup> *Ibíd.* pág. 33.

de las instituciones, representan precisamente atender los problemas sociales como la alimentación, la salud y la educación, entre otras.

Para ello, menciona el autor, se requiere de un mínimo de información que todo psicólogo debe poseer sobre la institución:

- a) finalidad u objetivo de la institución
- b) instalaciones y procedimientos para alcanzar su objetivo
- c) ubicación geográfica y relaciones con la comunidad
- d) relación con otras instituciones
- e) origen y formación de la institución
- f) evolución, historia, crecimiento, cambios, fluctuaciones y tradiciones
- g) organización y normas que la rigen
- h) recursos humanos que en ella intervienen; su estratificación social y funciones
- i) evaluación de los resultados de su funcionamiento; resultado para la institución y para sus integrantes; puntos que para ello utiliza la institución misma.<sup>96</sup>

Para J. Eieger, se hace imprescindible que el psicólogo conozca perfectamente los objetivos de la institución, incluyendo los medios con los que cuenta para alcanzarlos, y hacerlos coincidir con sus propios objetivos antes de decidir su ingreso como profesional en ese ámbito.

Su visión dentro de este contexto -dice- debe ser la de un asesor y no la de un empleado. Esta diferenciación establece que su actividad no debe estar sujeta a las directrices marcadas por la institución o por un salario,

<sup>96</sup> Ibidem. pág. 54.

sino que debe de actuar con independencia profesional para realizar tareas encaminadas a transformar las condiciones de vida institucional.

Sin embargo, también se requiere que los psicólogos cuenten con los conocimientos en psicología individual, social e institucional como para permitirles actuar no sólo como factor de cambio en materia de pautas de conducta individual, sino intervenir e inmiscuirse en el contexto social que los encuadra, rescatando la profesión del psicólogo pero en su *dimensión social*.

Este autor menciona que la psicología institucional es una rama incipiente del quehacer profesional del psicólogo y por tanto, no se tiene aún una vasta experiencia que permita definir un modelo de actuación específico.

Resulta interesante señalar la consideración que hace sobre la salud pública como una acción propia del Estado. No obstante, cuestiona la actitud de muchos profesionales de la salud en el sentido de expectancia o dependencia de las acciones del poder público, sin reconocer que ellos mismos son un "poder público" en sí y que muchos proyectos y acciones deben y tienen necesariamente que partir de los profesionales en tanto especialistas que procuran el bienestar público.

A pesar de que los fundamentos teóricos conceptuales no son los mismos, inevitablemente existe un correlato teórico-metodológico entre el Análisis Institucional y lo que Bleger denomina como Psicología Institucional. Sin embargo, este último no describe ninguna experiencia sobresaliente en el terreno de la aplicación práctica de esta rama de la psicología.



De la misma manera, el análisis y la psicología institucional, se proponen desentrañar los conflictos internos, de tal manera que éstos, sean considerados como síntomas encubiertos del verdadero problema y, en este sentido, la tarea del psicólogo consiste en hacer explícito el verdadero conflicto para poder superarlo.

Respecto al papel social del psicólogo y de sus premisas científicas, Talento y Ribes<sup>97</sup> señalan que la diferenciación del trabajo manual y el trabajo intelectual, producto de la sociedad dividida en clases, confirió a la ciencia psicológica un status de poder técnico y científico dentro de la estructura social.

De esta manera, el ejercicio del profesional de la psicología está inscrito en un sistema social y de producción particular que lo determina y al cual sirve mediante la reproducción de la ideología dominante de explotación.

De todo lo anterior, reconocen que la única opción que tiene el intelectual, en este caso el psicólogo, para trascender las condiciones sociales concretas que condicionan su trabajo científico y profesional, es asumir el punto de vista de las clases dominadas para desarrollar una práctica crítica que busque la transformación social.

Una de las formas para llevarla a cabo, según estos autores, es transferir los conocimientos profesionales a los sectores de la población marginada para que sea utilizado en favor de sus intereses y necesidades, es decir, la desprofesionalización del trabajo intelectual

<sup>97</sup> Talento, C.M. y Ribes, I.E. "Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica" en: Ribes, I.E. y cols. Op. Cit. pág. 259.

Derivado de este análisis teórico-conceptual sobre el papel social del psicólogo institucional y de la propia ciencia psicológica como delegada de la ideología dominante, cabe hacernos la pregunta ¿a quién sirve el psicólogo?, ¿a la institución o al interno?. La respuesta, aunque difícil, parece obvia.

En nuestro quehacer cotidiano, muy pronto nos dimos cuenta que resultaba paradójico el atender o rehabilitar, en primer lugar, a enfermos "incurables" como la misma institución definía a los internos.

El dilema era responder a los requerimientos institucionales que demandaban nuestra participación profesional o enfrentar de manera comprometida las necesidades sociales de los enfermos. En este sentido, la cuestión planteada era actuar como un profesional dedicado a la modificación del comportamiento o asumir su compromiso social y promover cambios institucionales profundos, de transformación social.

Más aún, ¿era necesario reproducir una lógica de tratamiento y recuperación tradicional heredada de las ciencias médicas o involucrarse en las condiciones sociales de maltrato para ofrecer una alternativa más liberadora y humanista?.

La atmósfera de maltrato y desprecio por los niños estaba rebasando nuestra visión educativa, nuestro quehacer profesional y, en última instancia, nuestro compromiso con la realidad institucional que se vivía.

Parte de este dilema obedeció a nuestra propia incapacidad para enfrentar problemas ajenos a nuestra formación; a las limitaciones características del psicólogo que son producto

de una formación académica deficitaria, con un marco teórico reduccionista y vertical, y con técnicas e instrumentos de evaluación e intervención que no son generalizables o aplicables a todas las situaciones o manifestaciones del ser humano.

Para un psicólogo que recibe una educación ortodoxa y radical en la que interioriza la consigna de ser modificador del comportamiento humano, le resulta difícil extrapolar esta concepción a situaciones más generales como lo son las organizaciones sociales y entender, además, que su papel es, o debería ser, el de un agente de transformación institucional y social.

El psicólogo en este sentido, debe encontrar los factores sociales que provocan el malestar en el sujeto y no solamente los síntomas manifiestos de la enfermedad, mediante una práctica que rompa con los esquemas clásicos de atención.

Por otro lado, cuando el psicólogo atiende exclusivamente el encargo institucional, sin ir más allá, se convierte ineludiblemente en cómplice, en instrumento de coerción y en representante y aliado de las clases directivas.

De acuerdo con Talento y Ribes<sup>98</sup>, se debe tener siempre presente que al inscribir el trabajo profesional del psicólogo en instituciones de carácter privado, se corre el riesgo de establecer una vinculación funcional, muchas veces de manera inconsciente, con la reproducción de las formas de explotación y sometimiento que establecen las clases hegemónicas.

Se plantea entonces la cuestión de la intervención psicológica e institucional como otra forma de poder,

<sup>98</sup> Talento, M. y Ribes, E. Op. Cit. pág. 263.

socialmente validada, que responde a intereses bien definidos de los grupos decisorios. Todo parece indicar que la función del psicólogo en instituciones obedece al reclamo oficialista, dejando a un lado el pensar y el sentir del propio individuo "enfermo" como sujeto capaz de expresarse, minimizando, además, su propio interés como científico comprometido con los problemas sociales.

El trabajo del psicólogo con los marginados institucionales ha buscado, quiero pensar que de manera inconsciente, la confirmación de la marginalidad a través de la aplicación de pruebas psicológicas que determinan la exclusión del enfermo de la "norma estadística".

En este sentido, no sólo confirma la marginación, sino que de alguna manera, legitima los procedimientos coercitivos utilizados en su contra, como si la locura justificara en sí misma el maltrato de que son objeto los individuos que la padecen.

El papel del psicólogo se ve envuelto en un proceso "adaptacionista" y controlador. Se crea una especie de enmascaramiento de su actividad y se convierte ineludiblemente en cómplice, en un instrumento más de represión al aceptar su actuación como especialista encargado de suministrar elementos, como clasificaciones y etiquetas, que propicien-con bases "científicas"- el engrandecimiento del abismo existente entre la norma y la desviación, entre lo "normal" y lo "anormal".

Esto mismo le otorga un status de poder al hacerle creer que tiene la facultad y el derecho de definir, con el pretexto de cumplir su "encargo" profesional, los límites de lo normal y lo patológico.

Por otro lado, el problema de la etiquetación de las conductas son los juicios de valor que se establecen a la par, como complemento de un término eufemístico que nada describe. Estos juicios sociales están determinados, entre otros factores, por los estándares normativos de las personas que los realizan.

En este sentido, se piensa que los cambios obtenidos a partir de un tratamiento deben tener la suficiente significancia social como para ser considerados relevantes desde un punto de vista utilitario, es decir, que el objetivo terapéutico debe encauzar un cambio en términos de haber logrado que la persona funcione adecuadamente o sea "útil" para la sociedad. Sólo de esta manera, el logro alcanzado será válido dentro de este contexto.

Es importante hacer notar que el diagnóstico establecido en un paciente condiciona la ideología del tratamiento que debe recibir y por lo tanto las expectativas de su recuperación. Cuando una persona es considerada como deficiente profunda o aguda, tanto el personal de custodia como el mismo especialista le niegan cualquier posibilidad de de reeducación ya que se le considera como incapaz de "reintegrarse" a la sociedad.

Dicha sociedad se encuentra estructurada sin el consentimiento ni la participación de las mayorías, ya que como lo refiere Basaglia<sup>99</sup>, los grupos recluidos en la periferia de los núcleos de poder representan el 65% de la población.

En estas sociedades los conocimientos críticos no han

<sup>99</sup> Basaglia, F. y Ongaro, F. *La mayoría marginada*. Ed. Fontamara. México, 1984.

tenido la suficiente importancia, sin embargo, es necesario tener una actitud crítica principalmente cuando se trata de evaluar una actividad científicamente reconocida como lo es la labor psicológica.

En este sentido, podemos reconocer que el ejercicio profesional dentro de la institución se desarrolló principalmente en el plano pragmático, sin posibilidades de teorizar o de fomentar la investigación aplicada: con resultados totalmente empíricos y no programados.

Todo se convirtió en una experiencia pragmática bastante enriquecedora desde el punto de vista de la práctica profesional del psicólogo, no obstante, desde el punto de vista teórico formal no se favoreció el análisis ni la reflexión crítica de nuestro quehacer cotidiano.

Nunca se buscó, en definitiva, un espacio para la crítica del ejercicio profesional. Por este motivo, este trabajo pretende llenar este vacío epistemológico.

Cabe aclarar que a pesar de que las prácticas de maltrato físico dirigidas hacia los menores aunadas a la falta de interés por parte de las autoridades, a las deficiencias en cuanto a los servicios asistenciales, a la negligencia de los profesionales que ahí laboran y al silencio de la comunidad, eran parte integrante del acontecer cotidiano dentro de la institución, nunca pude aceptarlas ni considerarlas como normales. Jamás perdí mi capacidad de asombro e indignación ante esta realidad tan sombría.

Al hablar de la estructura institucional y de su formalidad terapéutica en el apartado anterior, hicimos referencia a la doble condición de marginados que padecen las personas con alteraciones graves en su desarrollo físico e

intelectual. La primera de ellas hace referencia a su categoría de excluidos en tanto que no forman parte de ese gran contingente de hombres productivos que las sociedades industriales han creado para su beneficio.

El segundo nivel de marginación se refiere a su "incapacidad" para organizarse como grupo insubordinado y de asumir conscientemente su rol de marginados. A diferencia de los otros grupos, éste presenta la gran desventaja de no poder hacer pública su situación y de requerir de un vehículo a través del cual manifestarse, es decir, "hablar a través del otro".

Este es un punto que considero rescatable.

Ya hemos visto como el psicólogo tradicionalmente ha servido a intereses muy particulares de las clases dominantes y de que su función, por tanto, es una función de clase. Sin embargo, también es posible asumir otro tipo de rol para liberar a los marginados de la opresión y para liberarse a sí mismo de su rol asumido y asignado.<sup>100</sup>

Puede fungir, por una parte, como ese "vehículo" de expresión de las demandas de los que no son capaces de hacerlo, en este caso, los enfermos del internado que hemos analizado hasta aquí.

Para ello se hace necesario asumir una postura crítica con respecto al entorno institucional en el que labora, con el fin de identificar las precarias condiciones de existencia en las que se desenvuelven los internos y denunciarlas

<sup>100</sup> Benedito, G. "Rol del psicólogo: rol asumido, rol asignado y rol posible" en Braunstein, N. y otros. *Psicología: Ideología y Ciencia*. Ed. Siglo XXI. México, 1976. pág. 403.

públicamente para promover un cambio verdadero. Es decir, acudir al llamado de una demanda que en realidad no le es propia, sino que se trata de la "vehiculización" de un encargo ajeno.

En este caso es importante no sólo atender a las demandas de las jerarquías dominantes institucionales, sino también, y muy principalmente, atender a las demandas de las clases dominadas.

Es a través de la experiencia práctica directa como podemos conocer y denunciar la realidad de las instituciones hospitalarias para enfermos psiquiátricos.

Por ello es que planteo que toda experiencia psicológica institucional debe ser necesariamente crítica, radicalmente crítica ante la institución, ante las técnicas de intervención y ante todo, al papel social de la psicología como ciencia y como profesión.

Analizar y sistematizar los conocimientos adquiridos y las experiencias. Resaltar la importancia de la reflexión crítica de nuestra práctica y ejercicio profesional.

Por otro lado, también requiere de una toma de conciencia de su papel histórico y social como posible agente de transformación y eliminación de las estructuras de dominación y explotación desigual.

Se requiere, en definitiva, asumir un papel distinto al que hemos expuesto en estas páginas lo cual implica, según Gloria Benedito<sup>14</sup>, tomar una *decisión ideológica y política, no científica*.

<sup>14</sup> Idem.



estructurales de la institución que le den mayor funcionalidad a las instalaciones como son: señalamientos, rampas, adaptación a sanitarios, cuartos con espejos de doble vista para la observación de los pacientes, dormitorios de menor capacidad para evitar el hacinamiento extremo, etc.

\* apoyo de consultores externos y especialistas técnicos para diseñar adecuadamente los planes y programas de reeducación y rehabilitación de los menores y la administración de los recursos humanos y materiales.

\* asesoría jurídica institucional para tratar asuntos relacionados con los derechos del menor y de las personas discapacitadas; sobre las obligaciones técnicas y sanitarias propias de la institución; acerca de los requerimientos legales al personal, sobre los abusos sexuales, etc.

\* llevar a cabo un proceso de sensibilización con el personal que ahí labora para evitar abusos de autoridad que se traduzcan en actos de violencia física y emocional.

\* entrenamiento y capacitación técnica especializada al personal auxiliar que incluya el otorgamiento de equipo especial de protección (desprofesionalización).

\* ¿se debe realizar una selección del personal contratado?. Tratándose de instituciones de este tipo, es indispensable que las personas que ingresen a él, tengan un equilibrio emocional adecuado que les permita tener un trato racional con los internos. Sin embargo, los ínfimos salarios, la falta de prestaciones y el trabajo arduo y monótono hacen casi imposible llevar a cabo este tipo de acciones. Más bien, los contratantes hechan mano de aquellas personas en extrema necesidad que la mayoría de las veces son las menos preparadas cultural y emocionalmente.

Basicamente la propuesta metodológica consiste en subsanar las deficiencias técnicas, administrativas y terapéuticas ya señaladas a lo largo de este trabajo. Sin embargo, creo que lo principal debe de ser un cambio de actitud por parte del personal que labora en la institución, incluyendo al propio especialista de la salud y a la comunidad en general.

Este cambio de actitud por parte del profesionista, implica no sólo ofrecer un tipo de ayuda especializada que responda a intereses de su propia formación o a las necesidades educativas y rehabilitatorias de los enfermos, implica también "estar" con ellos, compartir su vida en el más amplio sentido de la palabra, lo cual redundaría en una mejor comprensión del enfermo y de su circunstancia a la vez que facilitaría el surgimiento de algunas alternativas para su tratamiento.

Es indudable que también se requiere un cambio de actitud de la sociedad para que transforme ciertas estructuras que dan la pauta de normalidad y ajuste. Es necesario que aprendamos a convivir con personas diferentes, a estar unidos a pesar de las divergencias. Tenemos que vencer la intolerancia social ante la diversidad y la indolencia generalizada al sufrimiento humano. Pugnar, a fin de cuentas, por una cultura de la minusvalía.

En este caso particular, decenas de personas fueron mudos testigos y cómplices pasivos del maltrato que padecían los internos, sin embargo, este trabajo no pretende ser acusatorio. Mas bien, el reclamo que se hace es el de establecer un acercamiento mas comprensivo y amoroso hacia el enfermo.

Se parte de la postura de que este tipo de práctica psicológica institucional, es susceptible de llevarla a cabo

desde una perspectiva de carácter mas humanitaria y de sentido común y no exclusivamente a nivel científico-profesional o de tecnócrata subordinado.

Una alternativa que ofrece la antipsiquiatría y con la cual coincidimos, es que el personal auxiliar, técnico y administrativo de las instituciones, debe jugar un doble papel, manteniendo por un lado, su rol de médico, director, psicólogo, afanador, etc., y por el otro, jugar su propio papel de persona, lo que le da una posibilidad de asumir su posición sin menospreciar el aspecto humano de su relación con el enfermo, "el enfermo comprende que además de estar enfermo, es hombre"<sup>12</sup>.

Establecer, en fin, una relación estrecha y directa sin la mediación que da la jerarquía institucional. "Sólo si las relaciones con la persona *enferma* se mantienen ininterrumpidas, podrán sus semejantes seguir reconociéndola como uno de ellos e identificar sus propias necesidades con las suyas"<sup>13</sup>.

También es importante revalorizar el trabajo que se hace en estas instituciones, hacer entender a sus integrantes que su actuación, por pequeña que ésta sea, tiene propósitos terapéuticos, ya sea el personal auxiliar, el técnico, el profesional o el administrativo.

En muchas ocasiones el principal obstáculo que se tiene que superar, no es en cuanto a la elección de la estrategia educativa o terapéutica, sino enfrentar y convencer al equipo

<sup>12</sup> Basaglia, F. "¿Psiquiatría o ideología de la locura?" en: Basaglia, F. y otros. *Razón, Locura y Sociedad*. Ed. Siglo XXI México, 1981, pág. 42.

<sup>13</sup> Basaglia, F. "Rompiendo el circuito de control" en: Ingleby, H. *Psiquiatría Crítica*. Ed. Grijalbo. México, 1981.

múltiple de las ventajas de un trabajo conjunto y coordinado.

El objetivo del psicólogo debe ser entonces, la humanización de la vida en los asilos. Devolver a los pacientes sus derechos como ciudadanos y como personas: derecho a la vida, a la libertad de decidir, al trabajo remunerado, a la educación, al recreo, al descanso.

Se debe hacer "algo" por el enfermo mental, modificar la asistencia que se brinda en este tipo de instituciones llevándola a condiciones más humanas (mejores servicios, mejores instalaciones y mejor atención) con la consecuente posibilidad de alcanzar una mayor proporción de recuperaciones.

Parafraseando a José Blajer, es necesario salirse de los estrechos marcos de una actividad profesional interesada casi exclusivamente en los aspectos educativos y rehabilitatorios de las personas con discapacidades múltiples para entrar de lleno en el terreno del contexto social que las subyace.

Volcarse de lo individual a lo social, para reconocer que los problemas de la salud-enfermedad exceden el ámbito profesional privado e individual, trastocándose en áreas de trabajo social comunitario de las instituciones asistenciales, tanto públicas como privadas.

Se parte de la posibilidad de contextualizar los fenómenos psicológicos en los ámbitos social, cultural e histórico que los determinan, para generar cambios en sus condiciones reales de existencia, que son la causa de los desajustes en el plano individual y social.

Todo ello implica "reubicar" al psicólogo en su cometido profesional, comenzando por modificar su formación en los ambientes universitario y dándole acceso a la vida

profesional liberal como investigador de procesos psicológicos en el campo individual, institucional y social".<sup>14</sup>

El trabajo en una institución como la que se reporta, además de todo lo anterior, requiere de un gran apoyo financiero por parte de sus directivos, de recursos humanos suficientes y de capacitación especializada del personal auxiliar, técnico y administrativo.

Finalmente, también es muy importante el apoyo que las instancias gubernamentales puedan ofrecer, principalmente en los aspectos normativos, de vigilancia y control, para lograr un buen funcionamiento general del establecimiento y garantizar, de alguna manera, un trato más digno al enfermo.

<sup>14</sup> Bleger. J. Op. Cit. pág. 42.

## CONCLUSIONES

*"No basta con las buenas intenciones.  
No basta con hacer el bien. Ni por  
amor a Dios, ni por amor al hombre.  
El amor solo no alcanza: hace falta  
el método, hace falta la técnica.  
Hay que hacer el bien, pero hay que  
hacerlo bien."*

Juan Barreix.

Como hemos podido observar, la asistencia social en México ha tenido diversas expresiones a lo largo de la historia. El surgimiento de las instituciones de ayuda al desprotegido, tanto públicas como privadas, ha obedecido a criterios ideológicos y políticos característicos de cada época.

En la actualidad, la asistencia social es una función propia del Estado, quien comparte esta responsabilidad con la buena disposición de los particulares, aceptando e incluso promoviendo una mayor participación de la inversión privada en las políticas de bienestar social.

La filantropía, entendida como las acciones realizadas por organismos e instituciones particulares a través de financiamientos económicos de capital privado para llevar a cabo proyectos de beneficio comunitario, constituye una forma laicizada y racionalizada de la caridad cristiana.

Sin embargo, todavía puede apreciarse la influencia de la "inspiración católica" en el acto filantrópico, de acuerdo con las palabras de monseñor Norberto Rivera Carrera, Arzobispo Primado de México. De cualquier manera, esta influencia sólo ha servido para paliar la miseria, en tanto que no ha podido erradicar la pobreza al considerar la existencia de ricos y pobres como un designio divino, descontextualizando de esta manera su verdadero origen.

Hasta el año pasado, la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal reportó a más de 380 instituciones de asistencia privada constituidas en favor de los grupos de la población más vulnerables, lo que representa un aumento del 200% en tan sólo siete años.

A pesar de lo encomiable que pudiera parecer esta cifra no es otra cosa que el reflejo de la grave crisis económica que padecemos en la actualidad, la cual ha repercutido de manera preocupante en los índices de desempleo de la población en general, en la carencia de servicios básicos para la comunidades marginadas y en el bajo poder adquisitivo de los salarios, entre otras cosas.

Esta situación ha propiciado un incremento considerable en el número de necesitados que la filantropía privada ha sabido aprovechar para desempeñar su papel histórico, sin querer reconocer que ella misma forma parte de un sistema de explotación y de desigualdad social.

La pobreza, la marginación, el desempleo y la falta de oportunidades y de recursos han crecido a la par o en mayor proporción que los buenos deseos altruistas de la iniciativa de los particulares.

En este contexto, podemos entrever la gran paradoja de la asistencia social tanto pública como privada. Por un lado, el Estado asume su compromiso de velar por la seguridad social y de proteger al individuo y a su familia de las condiciones de vida adversas, promoviendo su bienestar y su desarrollo personal y social, sin embargo, es el propio Estado, con sus políticas de exclusión de los grupos vulnerables, con su proyecto de desarrollo económico en el que no están considerados los pobres y con su apertura a los intereses de las inversiones extranjeras, el que crea y perpetua la iniquidad y la injusticia.

Por otro lado, está también la gran paradoja de la asistencia social privada misma que nace de los grandes capitales que, a su vez, son producto de la explotación del trabajo de las clases empobrecidas que pretende ayudar.

El problema del maltrato institucional radica, desde nuestro punto de vista, en que las transformaciones sufridas a lo largo el tiempo, van desvirtuando su carácter asistencial inicial. Ya hemos visto como, en sus inicios, las instituciones de asistencia privada surgen como un verdadero acto de filantropía, de amor desinteresado al género humano.

Sin embargo, al correr el tiempo se van consolidando las luchas de poder internas; se van enraizando viejas deficiencias de diversa índole (técnicas, administrativas, terapéuticas, etc.) y se pierde en el olvido su objetivo primigenio de ayuda al necesitado, se trastoca la intención primera para convertirse en instituciones violentas, de marginación y rechazo.



Es innegable que una transformación en el ámbito institucional tiene que redituarse en un cambio en las estructuras de una sociedad injusta, sin embargo, en tanto se logra este propósito, es posible esperar un cambio de actitud de la sociedad y de las autoridades asilarias, respecto a un trato más igualitario y justo al enfermo.

De ahí la importancia del papel del psicólogo como agente de transformación social e institucional; de asumir su responsabilidad de modificar el comportamiento sin descuidar el contexto social que le subyace para provocar un cambio más eficaz y duradero.

Cuando la realidad objetiva rebasa cualquier intento explicativo surgido a partir de una visión reduccionista y parcial, entonces debemos emprender la tarea de ampliar nuestra visión de las cosas y tratar de darle una interpretación de mayores dimensiones al fenómeno que se vive y asumir el compromiso de participar en su transformación.

En este sentido, la psicología tradicionalmente se ha situado al nivel individual respecto al análisis de un fenómeno o conjunto de fenómenos que tiene que ver con la persona y su circunstancia.

No obstante, se han introducido gradualmente perspectivas más generales, por encima de lo individual, para poder abordar el fenómeno desde sus diferentes niveles de lectura. Una de las razones que han contribuido para que esto ocurra es la influencia y desarrollo de otras ciencias complementarias, como la sociología y la historia.

De esta manera, el modelo explicativo de la triple relación de contingencia resultó ser insuficiente para

abordar y entender la realidad institucional que se nos mostraba mucho más compleja de lo que la visión neoconductista la podía describir.

Por esta razón tuvimos que recurrir a un marco de referencia que nos permitiera entender, desde una concepción más amplia, las contradicciones vividas en el establecimiento asistencial. De aquí que se hayan planteado los principios ideológicos y metodológicos del análisis institucional y del movimiento antipsiquiátrico, para poder realizar el análisis crítico tanto de la institución como objeto analizable y transformable así como de nuestra propia intervención como profesionistas del comportamiento.

No ignoramos el hecho de que las experiencias sociales son únicas e intransferibles, sin embargo, es importante reconocer que es posible tener un aprendizaje a través de la observación de otras realidades similares.

Por ello, resultó interesante rescatar la experiencia iniciada por los críticos institucionalistas quienes replantearon las estructuras y funcionamiento, al cuestionar las contradicciones que les son inherentes a toda institución que se percibe como un reflejo del sistema social del cual forman parte.

Es importante hacer notar que las instituciones oficialistas de control y vigilancia ya señaladas ( Dirección de Protección Social del D.D.F., la Junta de Asistencia Privada en el D.F., el D.I.F. o la propia Comisión de Derechos Humanos), de alguna manera han tolerado los actos de corrupción y violencia institucional referidos en el presente escrito, al no cumplir debidamente con sus funciones encomendadas de contraloría y saneamiento institucional.

Esta afirmación obedece a la indiferencia mostrada por estas instancias de gobierno al momento de que les fue expuesta la denuncia de malos tratos cometidos en contra de los internos.

A pesar de lo anterior, confío en la toma de conciencia de quienes participamos de alguna manera en el devenir histórico de las instituciones asistenciales, públicas o privadas; confío en el desarrollo de la solidaridad social para con los grupos más vulnerables; en el compromiso consciente de favorecer una transformación que beneficie tanto a las instituciones como a los propios usuarios y a sus especialistas, con la esperanza de que en el futuro las cosas se resuelvan de una manera más eficiente y con una actitud más humanitaria.

## BIBLIOGRAFIA

Alvarez Amezquita, J. y otros. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. S.S.A. México, 1960. T. III.

Anexo Técnico de Autorización. SEDESOL. México, 1991.

Asistencia Social. Estrategia de Solidaridad Nacional. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, D.I.F. México, 1988. Volúmenes I y II.

Basaglia, F. La Institución Negada. Informe de un hospital Psiquiátrico. Ed. Barral. Buenos Aires, 1972.

Basaglia, F. Los crímenes de la paz. Ed. Siglo XXI. México, 1981.

Basaglia, F. y Basaglia, D.F. La mayoría marginada. Ed. Fontamara. México, 1984.

Basaglia, F. y otros. Razón, Locura y Sociedad. Ed. Siglo XXI. México, 1981.

Bleger, José. Psicohigiene y Psicología Institucional. Ed. Paidós. Argentina, 1971.

Braunstein, N. y otros. Psicología, Ideología y Ciencia. Ed. Siglo XXI. México, 1986.

Cohen, J. B. Introducción a la Sociología. Ed. McGraw-Hill. México, 1979.

Cosío Villegas, D. y otros. Historia mínima de México. El Colegio de México. México, 1974.

Chazaud, J. Introducción a la Terapia Institucional. Ed. Paidós. Barcelona, 1980.

D.D.F. Reglamento para la atención de minusválidos. México.

Diccionario de Historia, Biografía y Geografía de México. Ed. Porrúa. México, 1986.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Ed. Santillana. Madrid, 1985.

Döring, Ma. Teresa. Contra el manicomio. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, 1985.

Döring, Ma. Teresa. Psiquiatría, Política y Derechos Humanos. Plaza y Valdés. México, 1987.

Enfoque sobre la Beneficencia Pública. S.S.A. Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública. México, 1984.

Espinoza Vergara, M. Teoría y Práctica del Servicio Voluntario. Ed. Humanitas. Buenos Aires, 1982.

Fajardo, R.A. Historia de los Hospitales en México. Ed. Botas México, 1973.

Fichter, H. Joseph. Sociología. Ed. Herder. Barcelona, 1971.

García, R. y otros. ¿Psiquiatría o Ideología de la locura?. Ed. Anagrama. Barcelona, 1972.

Galquera, I. y otros. El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. Ed. Trillas. México, 1984.

Galindo, E. y otros. Modificación de Conducta en la educación especial. Diagnóstico y Programas. Ed. Trillas. México, 1981.

Goffman, E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amarrortu. Buenos Aires, 1988.

Gonzalbo, A.P. Historia de la Educación en la época Colonial.  
El mundo indígena. El Colegio de México. México, 1990.

Gomezjara, F. Alternativas a la Psiquiatría y a la Psicología Social. Ed. Fontamara. México, 1989.

Guattari, F. y otros. La Intervención Institucional. Ed. Fontamara. México, 1981.

Hernández-León, M. Sociología. Ed. Porrúa. México, 1991.

Ingleby, D. y otros. Psiquiatría crítica. La Política de la Salud Mental. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1982.

JAP. Organismo de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal. México, 1996. No. 18.

Lapassade, G. Socioanálisis y Potencial Humano. Ed. Nueva Imagen. México, 1980.

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Junta de Asistencia Privada. México, 1980.

Ley General de Salud. Ed. Porrúa. México, 1987.

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social en: Ley General de Salud. Ed. Porrúa. México, 1987.

Los Derechos Humanos de los Discapacitados. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991.

Lourau, P. El análisis institucional. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1970.

Lourau, R. y otros. Análisis Institucional y Socioanálisis. Ed. Nueva Imagen. México, 1979.

Marcos, Sylvia y cols. Manicomios y Prisiones. Ed. Fontamara.

México, 1987.

Memorias del I Simposium sobre la Asistencia Social Privada.  
Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal.  
México, 1986.

Mendel, G. Sociopsicoanálisis 1. Ed. Amorrortu. Buenos Aires,  
1973.

Mendel, G. Sociopsicoanálisis 2. Ed. Amorrortu. Buenos Aires,  
1973.

Miranda, José y otros. Historia de México. Ed. ECLALSA. Méxi-  
co, 1973.

Nava Segura, José. El Lenguaje y las Funciones Cerebrales Su-  
periores. Edición del autor. México, 1979.

Normas Técnicas para la prestación de Servicios de Asistencia  
Social en Casa Hogar para Menores. Secretaría de Sa-  
lud. México, 1986.

Normas Técnicas para la prestación de Servicios de Asistencia  
Social en Hogares Sustitutos. Secretaría de Salud. Mé-  
xico, 1986.

Normas Técnicas para la prestación de Servicios en Rehabilita-  
ción a inválidos y extrahospitalaria. Secretaría de  
Salud. México, 1990.

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Secretaría de Hacienda  
y Crédito Público. México, 1995.

Programa de Acción Mundial para las personas discapacitadas.  
Organización de la Naciones Unidas. Real Patronato de  
Prevención y de Atención a personas con minusvalías.  
Madrid, 1988.

Programas Institucionales. Sistema Nacional para el Desarro-  
llo Integral de la Familia, DIF. México, 1983.

- Psiquiatría y Antipsiquiatría. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Salvat Editores. Barcelona, 1975. Volumen 98.
- Revista Información Científica y Técnica. CONACYT. México, 1987. Vol. 9. No. 129.
- Revista del Menor y la Familia. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF. México, 1984.
- Revista Voluntarios. Buenos Aires, 1968. Número 6.
- Ribes Ikesta, E. y otros. Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas. México, 1980.
- Rojas Pérez, M. I. Intervención profesional del Licenciado en Trabajo Social en el ámbito de las instituciones de asistencia privada. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M. México, 1990.
- Salinas Anaya, F. Reporte de trabajo de las actividades realizadas en la casa-hogar 'Don de Dios' en el área de Educación especial y rehabilitación. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M. México, 1997.
- Sánchez, H. La lucha en México contra las enfermedades mentales. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
- Soberón, Guillermo y otros. La Salud en México: Testimonios 1988. Secretaría de Salud y Fondo de Cultura Económica. México, 1988.
- Szasz, Thomas. Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría. Ed. Premia. México, 1984.
- Velasco Alzaga, J.M. Encrucijadas. Manual de Orientación sobre Crecimiento y Desarrollo Psicológico en Niños y Jóvenes. D.I.F. México, 1984.



CASA HUGAR DE NUESTRA SENORA DE LA CONSOLACION  
PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ETAPA MATERNA A

I N E S	M A R T E S	M I E R C O L E S	J U E V E S	V I E R N E S
<p>SALUDO DE MANO Y SALUDO CON CANTO</p> <p>EXERCICIOS DE RESPIRACION</p> <p>PRESIONES EN BAJO ABDOMEN CON EST. OLOROSO SUBSECUEN</p> <p>VICK VAPORRUB</p> <p>EJER. DE SOPLO</p> <p>VELAS DE COLORES</p> <p>MASAJE OROFACIAL CON GASA</p> <p>EXERCICIOS OROFACIALES &lt;CONTRACCIONES REFLEJAS&gt;</p> <p>OLORES</p> <p>SACAR Y METER LA LENGUA, CHUPARSE LOS LABIOS (MIEL)</p> <p>ATCS. DE COORDINACION VISOMOTRIZ</p> <p>METER/SACAR OBJ. PASARLOS DE UNA MANO A OTRA</p> <p>CANTOS IMITACION DESPEDIDA</p>	<p>SALUDO DE MANO Y SALUDO CON CANTO</p> <p>EXERCICIOS DE RESPIRACION</p> <p>PRESIONES EN BAJO ABDOMEN CON EST. OLOROSO SUBSECUEN.</p> <p>FRAGRANCIA</p> <p>EJER. DE SOPLO</p> <p>PAJARITOS DE AGUA</p> <p>MASAJE OROFACIAL CON CREMA</p> <p>EXERCICIOS OROFACIALES &lt;CONTRACCIONES REFLEJAS&gt;</p> <p>SABORES: DULCE, SALADO, AMARGO.</p> <p>SACAR Y METER LA LENGUA, CHUPARSE LABIOS (DUALIN)</p> <p>ATCS. DE COORDINACION VISOMOTRIZ</p> <p>MOVER LOS BRAZOS COORDINADAMENTE TOMAR/DAR OBJETOS</p> <p>CANTOS IMITACION DESPEDIDA</p>	<p>SALUDO DE MANO Y SALUDO CON CANTO</p> <p>EXERCICIOS DE RESPIRACION</p> <p>PRESIONES EN BAJO ABDOMEN CON EST. OLOROSO SUBSECUEN.</p> <p>HOJAS DE ARBOLES</p> <p>EJER. DE SOPLO</p> <p>CERILLOS</p> <p>MASAJE OROFACIAL CON GASA</p> <p>EXERCICIOS OROFACIALES &lt;CONTRACCIONES REFLEJAS&gt;</p> <p>TEXTURAS: ASPERO, LISA, DURO, SUAVE</p> <p>SACAR Y METER LA LENGUA, CHUPARSE LABIOS (CAJETA)</p> <p>ATCS. DE COORDINACION VISOMOTRIZ</p> <p>RASGAR Y JALAR PAPEL</p> <p>CANTOS IMITACION DESPEDIDA</p>	<p>SALUDO DE MANO Y SALUDO CON CANTO</p> <p>EXERCICIOS DE RESPIRACION</p> <p>PRESIONES EN BAJO ABDOMEN CON EST. OLOROSO SUBSECUEN</p> <p>CASCARAS DE FRUTAS</p> <p>EJER. DE SOPLO</p> <p>AGUA DE COLORES</p> <p>MASAJE OROFACIAL CON CREMA</p> <p>EXERCICIOS OROFACIALES &lt;CONTRACCIONES REFLEJAS&gt;</p> <p>TEMPERATURA: FRIO CALIENTE</p> <p>SACAR Y METER LA LENGUA, CHUPARSE LABIOS (PALETA)</p> <p>ATCS. DE COORDINACION VISOMOTRIZ</p> <p>CREMA SOBRE FIG. HUMANA REAL</p> <p>JUGAR A LOS SUSTOS</p> <p>CANTOS IMITACION DESPEDIDA</p>	<p>SALUDO DE MANO Y SALUDO CON CANTO</p> <p>EXERCICIOS DE RESPIRACION</p> <p>PRESIONES EN BAJO ABDOMEN CON EST. OLOROSO SUBSECUEN.</p> <p>ALCOHOL</p> <p>EJER. DE SOPLO</p> <p>PLUMAS</p> <p>MASAJE OROFACIAL CON GASA</p> <p>EXERCICIOS OROFACIALES &lt;CONTRACCIONES REFLEJAS&gt;</p> <p>SONIDOS SUAVES</p> <p>SACAR Y METER LA LENGUA, CHUPARSE LABIOS (MERMELADA)</p> <p>ATCS. DE COORDINACION VISOMOTRIZ</p> <p>LLEVAR ALIMENTOS A SU BOCA</p> <p>CANTOS IMITACION DESPEDIDA</p>

CASA-HOGAR DE NUESTRA SENORA  
DE LA CONSOLACION

FICHA DE IDENTIFICACION



Nombre \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Elaboro \_\_\_\_\_

Procedencia

- Institucion de Asistencia Publica ( DIF, IMSS, SSA, ISSSTE )  Institucion Privada  
 Procuraduria General de Justicia del D.F.  Abandono - extravio  
 Otro

Describe brevemente el motivo de ingreso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presenta familiares si  no

Nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

Existen antecedentes si  no

Características físicas generales

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Perimetro cefalico \_\_\_\_\_  
Color \_\_\_\_\_ Complexion \_\_\_\_\_ Pelo \_\_\_\_\_  
Frente \_\_\_\_\_ Cejas \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_  
Nariz \_\_\_\_\_ Boca \_\_\_\_\_  
Senas particulares \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BREVE RESUMEN DEL CASO Y/O DIAGNOSTICO (S)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentos incluidos en su expediente

- Registro de Admision \_\_\_\_\_
- Acta de Nacimiento \_\_\_\_\_
- Fe de Bautizo \_\_\_\_\_
- Estudio Socioeconomico \_\_\_\_\_
- Historia Clinica \_\_\_\_\_
- Reportes Medicos \_\_\_\_\_
- Estudios de Lab. \_\_\_\_\_
- Radiografias, etc. \_\_\_\_\_
- Documentos Oficiales \_\_\_\_\_
- Credenciales (carnets) \_\_\_\_\_
- Valoracion Psicologica y/o del Desarrollo \_\_\_\_\_
- Programas de Tratamiento \_\_\_\_\_
- Cartilla de Vacunacion \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_