



10
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"CAMPUS ARAGÓN"

"LA INTERVENCIÓN DEL PEDAGOGO
EN LA ATENCIÓN DEL INTERNO CON
TRASTORNO MENTAL."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A N :

TERESO DE JESÚS | CONSUELO CRUZ

JUDITH RODRÍGUEZ OJEDA

ASESOR:

MTRA. GUADALUPE BECERRA SANTIAGO.

280079

MÉXICO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|--------------|
| Introducción. | PAG. |
| Capítulo I: El interno con alteraciones específicas de la conducta en México. | |
| 1.1 Características del Sistema Penitenciario Nacional y su Ejercicio Institucional en CEFEREPSI..... | 3-11. |
| 1.2 Antecedentes Educativos Penitenciarios | 11-14. |
| 1.3 Estudios Realizados Sobre el Tema..... | 14-31. |
| Capítulo II: La pedagogía y la Rehabilitación Psicosocial. | |
| 2.1 Pedagogía General..... | 32-42. |
| 2.2 Psicopedagogía..... | 43-44. |
| 2.3 Pedagogía Correctiva | 44-49. |
| 2.4 Pedagogía Terapéutica..... | 50-64. |
| 2.5 Relación entre Pedagogía, Sistema Penitenciario y Alteraciones Específicas de la Conducta. | 64-68. |
| Capítulo III: El Papel del Pedagogo en CEFEREPSI | |
| 3.1 El Cuestionario como Instrumento Indagatorio..... | 69-70. |
| 3.2 Gráficas Interpretativas del Trabajo Pedagógico Conforme a los Cuestionarios Aplicados en el CEFEREPSI..... | 71-76 |
| 3.3 Técnica de Observación no Participativa | 76. |
| 3.4 Revisión de Materiales Escritos..... | 76-98. |
| Conclusiones | 99-100. |
| Bibliografía | 101-103 |
| Hemerografía. | 104 |
| Anexos..... | 105 |

INTRODUCCION

El presente trabajo obedece a que con frecuencia hemos escuchado hablar de los características de internos inimputables que son susceptibles de ser rehabilitados. Estos adultos con alteraciones de la conducta que no solo forman parte de las estadísticas de la población penitenciaria de todos los estados de la República Mexicana sino también son considerados como seres especiales por su trastorno conductual de origen psiquiátrico llamaron nuestra atención acerca de lo que la pedagogía podría aportar a la rehabilitación de dichos sujetos que han sido procesados y/o sentenciados por ser considerados de alta peligrosidad. CEFEREPSI " Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial " es una institución en la que se concentran internos con alteraciones específicas de la conducta, sus problemas varían entre daño neurológico ,afección psicomotora, cognitiva y del habla .se encuentran divididos por módulos según su grado de peligrosidad y tipo de atención terapéutica requerida .Estos fueron canalizados y trasladados de los diferentes penales para ser rehabilitados y después vueltos a sus penales de origen, pero esto no es lo más importante, sino más bien ,sería dar respuesta a la recuperación y/o adquisición de hábitos, habilidades y conocimientos que permitan al interno ser autosuficiente y consciente de sus deberes u obligaciones dentro de su entorno coloquial.

Para nosotros como pedagogos es importante definir cuál sería nuestra intervención en la rehabilitación psicosocial del interno con enfermedad mental, dado que el Sistema Penitenciario Nacional, aún no ha podido definir si es o no importante el trabajo terapéutico y correctivo que realiza el pedagogo en coordinación multi e interdisciplinaria para alcanzar los objetivos propuesto a. A nivel institucional, sentimos que el S.N.P. debe reconocer el trabajo pedagógico como parte imprescindible a favor de los internos.

El origen de su estancia o el motivo de sus alteraciones conductuales son de considerarse con vital importancia, sin embargo, en esta ocasión partimos de la única verdad que puede enfrentar dentro del programa que el gobierno ha creado para ellos, a través de una institución exclusivamente para dar "rehabilitación psicosocial" y, que desde luego, para nosotros como pedagogos significa mucho en el ejercicio de la terapia que podemos aplicar a través de la pedagogía correctiva y terapéutica.

Para nosotros, empezar a investigar sobre estas metas, aclararía las dudas que algunos todavía pudieran tener con respecto a nuestra profesión Hemos analizado un trabajo de investigación sujeto a revisión constante por tratarse de una Institución nueva, única en Latinoamérica, así como contar con escaso o mas bien nula existencia de trabajos de investigación y atención para este tipo de población, que tiene un significativo porcentaje de marginación, violación a los derechos humanos e indiferencia de las sociedades a pesar del avance tecnológico en que vivimos.

El presente trabajo se realizó tomando en cuenta varios aspectos que se transformaron en capítulos a través de los cuales se pretende tomar en cuenta un tema poco trabajado y poco considerado por los especialistas de rehabilitación dirigida a personas que se consideran de alta peligrosidad para la sociedad por haber cometido delitos graves y que padecen alteraciones específicas de la conducta, por lo que el objetivo básico de éste trabajo es determinar cuál es la intervención del pedagogo en la rehabilitación del interno alteraciones conductuales (trastorno mental).

En el primer capítulo se define al interno con alteraciones específicas de la conducta en México y en él se analiza la estancia ,origen y situación del Sistema Penitenciario Nacional

Con respecto al inimputable (persona reclusa procesada, indiciada y/o sentenciada por cometer un delito sin ser responsable por padecer alteraciones mentales), así, como la situación que enfrenta al ser trasladado a CEFEREPSI (Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial).

En el capítulo dos presentamos conceptos básicos que se relacionan con el objetivo y tema de la tesis y que contienen los elementos más importantes del quehacer terapéutico de la pedagogía en el área de la rehabilitación así como, la relación que guarda con el Sistema Penitenciario y los enfoques psiquiátricos a considerarse por tratarse de personas con padecimientos mentales.

En el capítulo tres presentamos las respuestas dadas por los terapeutas del CEFEREPSI en la aplicación de un cuestionario con el propósito de conocer cómo se trabaja, qué materiales didácticos utilizan, cuáles programas y sobre todo que resultados han tenido en la rehabilitación dentro del área pedagógica; así como, las gráficas y un análisis a través de las mismas para una mejor comprensión del trabajo pedagógico y el nivel de conocimiento acerca de éste, reflejado en las respuestas dadas y la técnica de observación que se aplicó..

Advertimos que el tema que hemos trabajado es muy actual prácticamente no existen investigaciones ni mucho menos bibliografía al respecto (y la que existe en México y América Latina, habla de logros en Europa básicamente y están escritos en inglés y francés), por lo que sería importante hacer un siguiente trabajo para analizar cifras y porcentajes de los logros que de acuerdo a lo observado solo serían visibles o significativos al llevar un seguimiento del interno una vez que éste ha sido devuelto a su penal de origen, después de su rehabilitación. Las cifras serían inútiles en este momento dado el número tan reducido de rehabilitados hasta finales de 1999 (menos de cincuenta)..aún así sería de gran importancia para tomar en cuenta el trabajo que los pedagogos han realizado en este corto tiempo(alrededor de cuatro años). De cualquier modo hemos podido percatarnos de la importancia de la pedagogía y su intervención en la rehabilitación psicosocial.

CAPITULO I: EL INTERNO CON ALTERACIONES ESPECIFICAS DE LA CONDUCTA EN MEXICO.

I.1 CARACTERISTICAS DEL SISTEMA PENITENCIARIO NACIONAL Y SU EJERCICIO INSTITUCIONAL EN CEFEREPSI.

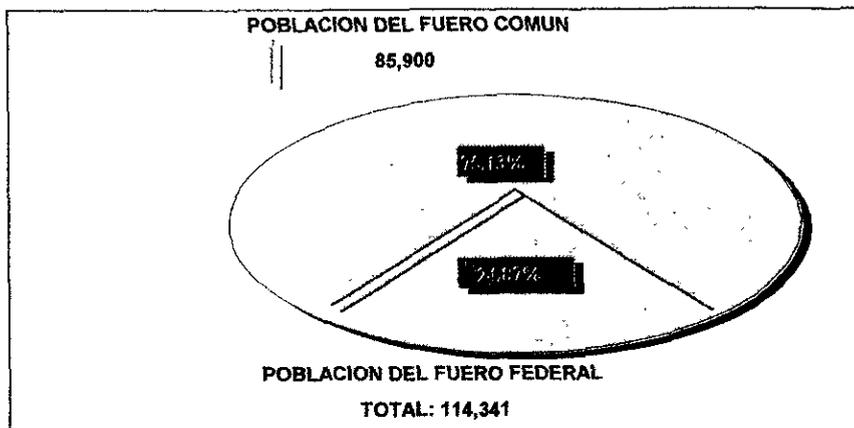
En éste capítulo se analiza a los internos con alteraciones conductuales, su situación en el Sistema Penitenciario Nacional y su situación rehabilitatoria con el surgimiento del único centro de rehabilitación en México y América Latina, el CEFEREPSI y cuya función principal es la de rehabilitar a hombres reclusos de alta peligrosidad en penales de toda la república y que padecen*1 trastorno mental y que legalmente se consideran *2 inimputables. El Sistema Penitenciario Nacional Mexicano, es el responsable de organizar y hacer funcionar a todos los centros de reclusión, donde las autoridades federales, estatales y municipales buscan resolver la problemática de rezago, carencias, etc. con recursos humanos y económicos existentes.

La situación actual de los centros de reclusión en nuestro país, estadísticamente hablando se presenta en las siguientes gráficas y cuadros ilustrativos.

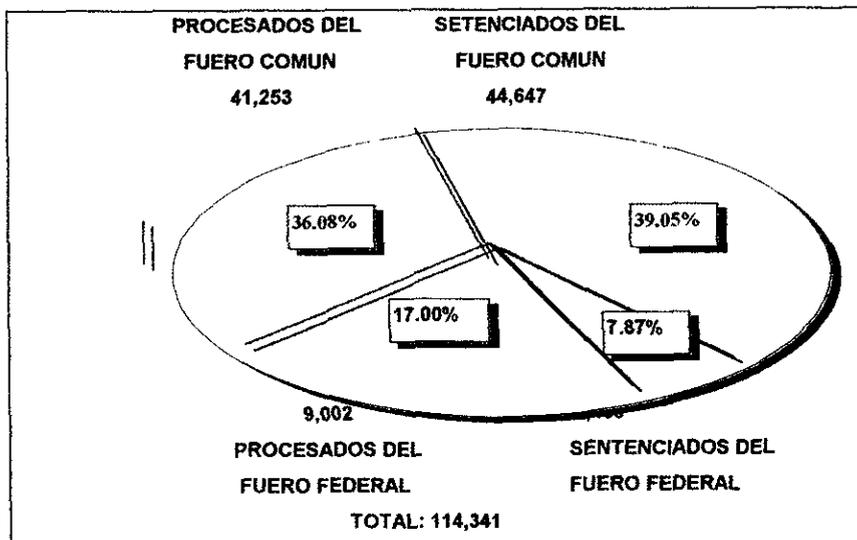
La problemática que se pretende resolver en dichos centros es dar la mejor solución posibles, para que la vida en reclusión sea lo mas digna posible y se alcancen los diferentes objetivos de la readaptación social. En la actualidad el Sistema Penitenciario Nacional Mexicano cuenta con 439 centros de internamiento en todo el país, de los cuales 4 dependen del Gobierno Federal, 8 del Gobierno del Distrito Federal, 276 de los Gobiernos Estatales y 151 de las Autoridades Municipales, cuya población en reclusión al 31 de diciembre de 1997, es de 110 mil 14 varones y 4 mil 327 mujeres, que representan respectivamente un 96.22% y un 3.78%, de un gran total de 114 mil 341 internos.

De ésta población 85 mil 900 reclusos pertenecen al fuero común, es decir, el 75.13% y 28 mil 441, el 24.87% al fuero federal Gráfica No. 1). Por lo que respecta a la situación jurídica de los 85 mil 900 internos del fuero común, un total de 41 mil 253 son procesados (48.02%) mientras que 44 mil 647, 655 son sentenciados (51.97%). En el caso de los 28 mil 441 internos de fuero federal, nueve mil dos de ellos (31.65%) son procesados y 19 mil 439 (68.45%) sentenciados (gráfica No.2).

*1y 2 Términos utilizados en psiquiatría basados en el DMS-4 y en el CIE-10..



GRÁFICA 1 CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.



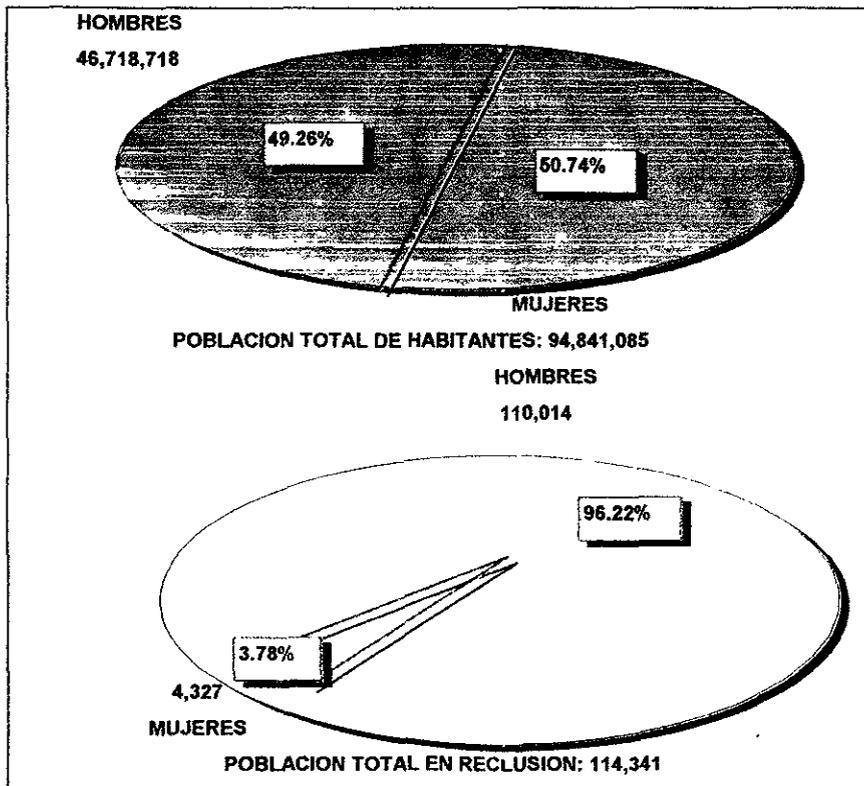
GRÁFICA 2 CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.

De enero a diciembre de 1997, el crecimiento de la población penitenciaria fue de 9 mil 663 internos, es decir, un incremento del 9.23%, registrándose el mayor aumento mensual entre los meses de octubre y noviembre con mil 780 internos, es decir, el 1.36%. De esta manera, en este lapso la población del fuero federal se incremento en mil 555 personas, ya que pasaron de 26 mil 886 a 28 mil 441 para un aumento porcentual del 5.78%, entre los internos del fueron común cuando en enero había 77mil 792 personas, para el mes de

diciembre de 1997, la cifra había ascendido a 85 mil 900 personas, es decir, una diferencia de 10.42%.

De esta forma el número de internos del fuero común creció al doble de lo que se registra en comparación con los del fuero federal. De acuerdo con los resultados oficiales del conteo de población y vivienda de 1995 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), DE 91 millones 158 mil 290 habitantes y con un índice de crecimiento anual aproximadamente del 2%, se calcula que para el presente año la población mexicana ascendía a 94 millones 841 mil 85 habitantes, como se ilustra la siguiente (gráfica No. 3). Al comparar la población total con la población interna, resulta que de todos los habitantes únicamente el 0.12% es el que se encuentra en reclusión en alguno de los centros, ya sea federal, estatal o municipal en nuestro territorio (gráfica No.4)

GRÁFICA 3 CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997



GRÁFICA 4 CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.

El anterior porcentaje se encuentra dentro de los parámetros establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que establece dentro de los rangos de normalidad que de la población total de alguna nación se encuentre en prisión el 0.1%. De las entidades con mayor número de internos se concentran en el Distrito Federal, Veracruz, Tamaulipas, Baja California, Estado de México y Sonora. Tan solo en la Capital Federal se concentra el 11.76% de toda la población en reclusión en nuestro país.

| TABLA 1 | ENTIDAD FEDERATIVA | POBLACION | %* |
|--|---------------------------|------------------|--------------|
| ENTIDADES CON MAYOR NUMERO DE INTERNOS EN 1997. | DISTRITO FEDERAL | 13,445 | 11.76 |
| | VERACRUZ | 8,616 | 7.54 |
| | TAMAULIPAS | 6,247 | 5.46 |
| | MEXICO | 6,206 | 5.43 |
| | SONORA | 6,177 | 5.40 |
| | BAJA CALIFORNIA | 6,128 | 5.36 |
| | TOTAL | 46,819 | 40.95 |

En el cuadro No. 1 se muestra la población penitenciaria en las entidades mencionadas. Sin embargo, no necesariamente los estados donde existe la mayor población de internos resultan ser los mismos que registran el mayor incremento de población. De esta manera son las entidades de Guerrero, Distrito Federal, Chihuahua, Chiapas y Michoacán las que han tenido un sensible incremento en cuanto a su número de reclusos, como se observa en el cuadro No. 2. Debe puntualizarse que este problema no es exclusivo de estas entidades, sino que se refleja en todo el país, situación que además incide en otros puntos de la problemática penitenciaria, como es el de la sobrepoblación, que para diciembre de 1997, será de 14 mil 483 internos, los cuales representan el 14.50%, respecto a la capacidad de internamiento nacional que es de 99 mil 858 espacios.

| ENTIDAD FEDERATIVA | INCREMENTO | |
|---------------------|------------|------------|
| | ABSOLUTO | RELATIVO % |
| GUERRERO | 518 | 27.15 |
| BAJA CALIFORNIA SUR | 190 | 27.07 |
| CHIHUAHUA | 772 | 23.72 |
| DISTRITO FEDERAL | 2,412 | 21.78 |
| CHIAPAS | 3,407 | 19.93 |

CUADRO 2 ENTIDADES CON MAYOR INCREMENTO DE INTERNOS EN 1997.

De acuerdo con las proyecciones de crecimiento señaladas anteriormente, con los 114 mil 341 internos al mes de diciembre, la sobrepoblación agrava el problema de hacinamiento penitenciario, situación que debe reconocerse como una de las principales causas que impiden la readaptación social del individuo privado de su libertad. Debe reconocerse que el problema se agudiza en cinco entidades, siendo la más crítica en el Distrito Federal donde la sobrepoblación es del orden del 77.1%, seguido de Baja California con un 61.7%, con un excedente de internos del 60.8%. En el cuadro No. 3 se presentan las entidades más sobrepobladas del país.

| ENTIDAD FEDERATIVA | SOBREPOBLACION | | | |
|--------------------|----------------|-----------|----------|-------|
| | CAPACIDAD | POBLACION | ABSOLUTA | % |
| DISTRITO FEDERAL | 7,590 | 13,488 | 5,898 | 77.70 |
| BAJA CALIFORNIA | 3,812 | 6,407 | 2,595 | 68.10 |
| SONORA | 3,819 | 6,400 | 2,581 | 67.60 |
| TAMAULIPAS | 4,634 | 6,356 | 1,722 | 37.20 |
| PUEBLA | 3,173 | 4,630 | 1,457 | 45.90 |

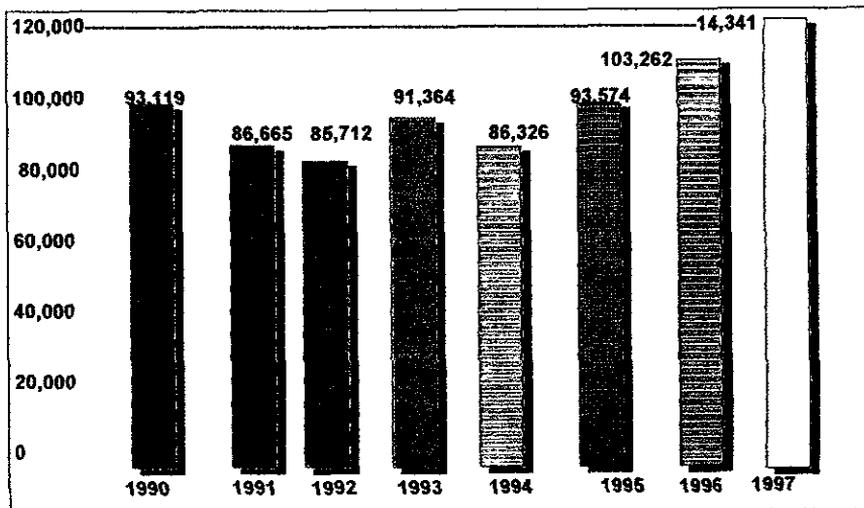
CUADRO 3 ENTIDADES CON MAYOR INDICE DE SOBREPoblACION PENITENCIARIA EN 1997.

Las autoridades de Prevención y Readaptación Social mantienen un interés y seguimiento en los apoyos para la liberación de los internos que han cumplido con todos los requisitos para hacerse merecedores de éstos, durante 1997 se otorgaron 3 mil 893 beneficios de libertades anticipadas, de las cuales 27

corresponden a adecuaciones de penas; asimismo gracias al sistema de fianzas de interés social se beneficiaron 787 sentenciados de todo el país. En Chiapas se entregaron 378 fianzas; en Oaxaca e Hidalgo, 100 en cada entidad; en Sinaloa fueron 66, en el Distrito Federal 58; en Michoacán 45; en Tlaxcala y Quintana Roo 20 en cada entidad. Este sistema de fianzas de interés social se desarrolla con el apoyo de las fundaciones Telmex y Reintegración Social, A.C., como representantes de la sociedad para colaborar con las autoridades para que internos primodelincuentes, que cometieron delitos no graves y cuentan con el respaldo de sus familias puedan alcanzar su libertad y reincorporarse a la sociedad libre.

El comportamiento de la población penitenciaria en nuestro país de 1990 a 1995 oscilaba entre los 85 mil y 94 mil internos a nivel nacional, cifra que llegó a más de 100 mil a partir de 1996. En 1990 el número de internos en nuestro país era de 93 mil 119, cifra que para 1992 disminuyó a 85 mil 712 internos; registrándose la última disminución en 1994 con 86 mil 326 internos, es entonces que, a partir de 1994 la población penitenciaria ha mostrado un constante crecimiento llegando a 114 mil 341 internos a nivel nacional en 1997. Este crecimiento en la población ha sido proporcional año con año, esto es, de 1994 a 1995 se registró un aumento de 7 mil 248 internos, de 1995 a 1996 el crecimiento fue de 9 mil 688 internos, y de 1996 a 1997 la cifra aumentó a 11 mil 59 internos en todo el país; lo que registra un crecimiento aproximado de 2 mil internos por año.

Comportamiento de la población penitenciaria nacional 1990 al 31 de diciembre de 1997.



Los retos del Sistema Penitenciario Mexicano, se han acentuado debido a diversos factores, señaladamente la sobrepoblación en las instalaciones penitenciarias, de donde se originan problemas que tienen que enfrentar los responsables tanto a escala municipal como estatal y federal.

Varias son las causas de la sobrepoblación: escasos y limitados recursos para la construcción o ampliación de las instalaciones existentes, en el Distrito Federal hace 14 años no se construye una instalación penitenciaria, pues, el Reclusorio Preventivo Sur fue el último que se edificó, una legislación rezagada y fuera de la realidad como es la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, misma que data de 1971; la ausencia de una normatividad o política penitenciaria que oriente y de rumbo a los trabajos en materia de readaptación; la rigidez de las penas y aumento de las mismas en muchos delitos que han contribuido a una sobrepoblación incongruente.

Frente a todos estos retos y de acuerdo a lo marcado por el Sistema Nacional de Seguridad, donde se incluye el Programa de Prevención y Readaptación Social 1995-2000, durante el año de 1997 se han desarrollado una serie de actividades encaminadas a mejorar las condiciones del Sistema Penitenciario Mexicano

Con el propósito de atender las necesidades materiales en los centros de readaptación de todo el país, se desarrollan dos programas de carácter nacional, uno de ellos es Dignificación Penitenciaria y el segundo Infraestructura Penitenciaria. En el caso del primer programa, se crearon las condiciones que permitieron elevar la calidad de vida en las instalaciones carcelarias. En 1997 se atendieron a 176 Centros de Readaptación Social, a través de obras de conservación, mantenimiento y ampliaciones de los centros en operación, creando 4,600 nuevos espacios, con una inversión de 220 millones de pesos. Respecto al Programa Nacional de Infraestructura Penitenciaria, de los 12 nuevos centros cuya construcción fue autorizada en 1996, Aguascalientes, Chihuahua y Morelia se concluyeron el mismo año, los de Monclova, Coahuila, Nezahualcóyotl, Estado de México, San Luis Potosí, Nogales y Sonora se terminaron y pusieron en marcha en 1997. En los primeros meses de 1998 funcionarían los de Colima, Jalisco, Nayarit y Morelos; estos nuevos centros tienen una disponibilidad de 15 mil 468 nuevos espacios.

El Programa Nacional de Seguridad Pública plantea que a partir del 98, se inicie la construcción de 13 nuevos centros de readaptación social en diversos estados de la república, con una inversión de mil 569 millones de pesos, con 14 mil nuevos espacios, que concluirán a mediados del año 2000.

Los centros que se espera iniciar su construcción en 1999 pretenden mejorar los ya existentes, como el inicio de los de nueva creación; El objetivo es que se alcance el respeto a los derechos fundamentales de los internos, acelerar y mejorar su readaptación social, para una vida digna y decorosa.

Las instalaciones penitenciarias federales funcionan dentro de los mayores márgenes "de seguridad y eficiencia", actualmente la Dirección General de Prevención y Readaptación Social tiene bajo su responsabilidad la administración de 4 centros federales de readaptación y rehabilitación social: los Centros Federales de Máxima Seguridad 1, en Almoloya de Juárez, Estado de México, y el 2 en el Puente, en el Municipio El Salto, Jalisco; El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial en Ciudad Ayala, Morelos y la Colonia Penal Federal de Islas Marías.

En todos estos centros se concentran internos tanto del fuero federal como del fuero común y son distribuidos de acuerdo a su pena y grado de peligrosidad. De esta manera, en los Centros Federales de Readaptación Social (CEFERESOS) se albergan internos que su perfil criminológico, ya sean procesados o sentenciados, son considerados de alta peligrosidad, es decir, que hayan cometido delitos tales como homicidios, delitos sexuales, contra la salud y otros considerados como graves, razón por la cual requieren de una vigilancia mucho más estricta.

Este tipo de centros han permitido a las entidades federativas descargar la problemática de internos con las características señaladas, ya que por su experiencia delictiva se les facilitarían la formación de grupos delictivos bien organizados que resultarían problemáticas para la seguridad en los penales tradicionales. En el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), el Sistema Penitenciario Mexicano da un paso adelante respecto a los centros de internamiento, ya que por primera vez existe un penal -único en América Latina-, donde se trabaja para la rehabilitación de personas que padecen algún problema mental y que por diversas causas compurgan penas por diversos delitos. En el pasado mes de noviembre de 1996 cumplió su primer año de operación, brindando atención especializada a todos aquellos a quienes se les considera como inimputables.

En este centro se inició un nuevo capítulo de la historia del penitenciarismo en México, ya que el personal médico, técnico y administrativo fue preparado especialmente para desarrollar las nuevas funciones requeridas, además de que las instalaciones fueron diseñadas para cumplir con las necesidades del tratamiento adecuado al tipo de interno que albergaría. Conjuntamente con su inicio de operaciones, el personal especializado se ha dedicado a desarrollar investigaciones y trabajos, a fin de poder conjuntar mas estudios que le sirvan de apoyo en el tratamiento rehabilitatorio ofrecido a los internos. Debido a las características de este centro el propósito básico es trabajar y alcanzar metas

de calidad, que aporten conocimientos al campo de la medicina de la mente. Por el momento, se trabaja a fin de que de las entidades del país donde existan internos que cumplan con el perfil requerido para ingresar al CEFEREPSI, sean trasladados a fin de otorgarles el correspondiente tratamiento.

Respecto a la Colonia Penal Federal de Islas Mariás, se trata de un centro de mínima seguridad, donde una vez superada la leyenda negra de este Archipiélago del Océano Pacífico, donde supuestamente se enviaba a los internos como el peor castigo posible, ahora se le considera como un lugar donde el interno que cumple con ciertas condiciones de carácter legal, puede cumplir con su sentencia acompañado de su familia y en condiciones de libertad restringida, ahora se ha convertido en un sitio al cual aspiraban ser enviadas gran cantidad de personas para cumplir su sentencia de cárcel, ya que las condiciones de vida de los internos resultan ser menos severas que en otros penales, sin embargo, para que algún interno sea trasladado necesita: no ser delincuente peligroso, tener una sentencia de prisión mayor de dos años y estar dispuesto a trabajar. Durante la presente administración se ha impulsado el mejoramiento de las condiciones de vida, tanto de los colonos como de los servidores públicos, junto con sus familias. Actualmente la población asciende a 1599 personas tanto hombres como mujeres.

1.2 ANTECEDENTES EDUCATIVOS PENITENCIARIOS.

En este punto abordaremos antecedentes generales de la educación como instrumento de la readaptación en el Sistema Penitenciario Mexicano.

Las cárceles de México, que al principio se encontraban en el poder de la iglesia, en donde bastaba una sola imputación para seguirle el juicio a la persona sospechosa de practicar la hechicería, siendo el delito más grave que el tribunal de la Santa Inquisición condenaba con la hoguera, no dando oportunidad alguna a demostrar su inocencia. Después que el Estado, le quitó el dominio a la iglesia pensando que se mejoraría la vida de los reclusos en la prisión, aunque no fue así, pues recibían un trato injusto carente de los mas elementales derechos humanos, no se contaba con los medios adecuados para readaptar al delincuente; las construcciones eran de tipo fortaleza, en algunas cárceles se permitía la entrada de sacerdotes en los días domingos, con la finalidad de que escucharan misa y consejos acerca de la moral; en las cárceles no se les permitía trabajar en algún oficio para poder subsistir, tampoco se les impartía provecho educativo de ninguna especie, tampoco se les proporcionaba vestido ni calzado; no se contaba con una adecuada organización en la prisión, predominando mas la ociosidad madre de todos los vicios lo cual era originado por las largas horas de encierro de los internos; su

población estaba compuesta de individuos tanto procesados como sentenciados, en virtud de que no importaba el delito de que se tratara; las condiciones de la población eran las mismas para hombres y mujeres, aunque en ocasiones se les permitía tener a sus menores hijos dentro de la prisión, lo cual dio como resultado un aumento de población de internos; existió una serie de violaciones constitucionales, al no contar en la cárcel de Belém, al no contar con la separación de hombres y mujeres y de acuerdo al estado procesal de su causa, no se contaba con el personal suficiente y preparado que se requiere en toda prisión; al igual que en la cárcel de Santiago Tlatelolco, no se utilizaba medio alguno para la readaptación social del interno, si no que era a través de la religión y la instrucción moral de los sacerdotes al impartirles misa a través del evangelio y los preceptos de la iglesia.

Fue hasta que por decreto del 13 de diciembre de 1897, que se reorganizó el sistema penitenciario en el Distrito Federal por conducto de la Secretaría de Gobernación, haciendo las mejoras: se estableció una sección especial una para hombres y otra para mujeres, así como un departamento especial para jóvenes que gozaban de algunos privilegios, ya que podían amueblar su celda y recibir visitas una vez por semana, siendo esta sección la única en que a los internos se les impartía cierta instrucción escolar, esto nos lleva a concluir que desde entonces se encontraba limitada la educación, pues solo se proporcionaba a los jóvenes.

El penal de Lecumberri, hoy Archivo General de la Nación, contaba también con celdas de castigo y áreas para recluir enfermos mentales, aquí se trasladaron a hombres y mujeres, fueran procesados o setenciados al cerrarse la cárcel de Belém; recién inaugurado, sus celdas eran individuales porque se pensó que siempre conservaría el mismo número de internos, pero al aumentar la población las celdas fueron ocupadas hasta por tres internos; las camas de cemento, el servicio de baño y la visita íntima se realizaba en la misma celda, lo cual originaba la falta de higiene elemental.

Respecto a la educación, esta consistió en la enseñanza de alfabetización para internos que no sabían leer y escribir, se les impartía doctrina y moral; posteriormente, al paso del tiempo adquiere importancia la educación penitenciaria, al impartirles educación de tipo académico, cívico, ética, física, estética y social, en virtud de que se tomaron los lineamientos del centro penitenciario del Estado de México que fue el primero en impartir este tipo de instrucción, Estado en que también se separa por primera vez a sentenciados y procesados.

Lecumberri, contaba con la colaboración de la Secretaría de Educación Pública al incorporar a la escuela Venustiano Carranza, que funcionaba dentro del penal, la cual contaba con varias aulas, una plaza pequeña para los actos cívicos y culturales, una sala para conferencias y espectáculos diversos, una

biblioteca pequeña, en donde se podían encontrar libros, revistas y periódicos, la cual no era frecuentada por los internos, en virtud de que preferían el trabajo. Se contó también con la colaboración del Consejo Nacional del Fomento Educativo, conducido por Prudencio López, que en aquel entonces implantó normas muy estrictas, pero que a los internos que acudían a la escuela le servía de distracción al ocupar su tiempo en la enseñanza. Ya que quedaban separados del resto de la población; se implantaron nuevos programas para los internos que no habían terminado la primaria, se organizaban fiestas cívicas, encuentros recreativos, concursos culturales con la finalidad de no permanecer demasiado tiempo con el resto de la población, a los más destacados se les comisionaba en la organización de concursos, formar grupos teatrales, actos escolares como era la entrega de diplomas a los alumnos que terminaban sus estudios de primaria, se festejaba el día del maestro, y al acto acudían funcionarios de la Secretaría de Educación Pública y el Director del Penal.

Posteriormente, en 1954, entró en servicio el Centro de Rehabilitación Alta Femenil (hoy Cárcel de Mujeres), siendo trasladadas todas las mujeres, quedando en funcionamiento el Penal de Lecumberri exclusivamente para hombres; y hasta 1958 en que funcionó por primera vez únicamente para sentenciados, se trasladó a los internos al Penal de Santa Martha Acatitla en el Distrito Federal y actualmente sigue albergando exclusivamente a sentenciados. Fue clausurado el Penal de Lecumberri el 26 de agosto de 1976; los internos fueron trasladados del penal a los nuevos reclusorios preventivos, es decir, únicamente a internos sujetos a proceso que estarían reclusos en los Reclusorios Preventivos Norte, Oriente y Sur de la Ciudad de México.

A partir de entonces funcionan los Centros de Reclusión preventiva, destinados a individuos a quienes se les instruye proceso, hasta que exista una resolución que resuelva su situación jurídica. La Escuela Venustiano Carranza en ningún momento la podemos considerar como medio de readaptación social del individuo, sino que funcionó únicamente como enseñanza básica sujeta a los programas de la Secretaría de educación pública, con la finalidad de que el interno empleara parte de su tiempo a cualquier actividad tendiente a cultivar su superación personal.

Actualmente, se ha incrementado la población de las prisiones preventivas las cuales son ya insuficientes, por lo que las autoridades han planeado la construcción de otras. Con respecto al proceso educativo es poco lo que podemos decir que ha cambiado, se sigue alfabetizando y llevando el seguimiento de educación básica conforme a textos, planes y programas especiales.

Otro punto importante que marcó cambios y avances en el sistema penitenciario, principalmente porque sus aportaciones sirvieron de base a la educación como instrumento de readaptación social ; son los congresos nacionales penitenciarios.

1.3 ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE EL TEMA.

La creación de los vigilantes en la ciudad de México, conocidos como serenos el 3 de noviembre de 1972, es uno de los primeros antecedentes formales de la prevención del delito. La pena como privación de la libertad ha tenido significado en el tiempo, desde un aspecto represivo de escarmiento, hasta la moderna conceptualización de procurar la orientación de las conductas antisociales a través de un tratamiento interdisciplinario.

Existen algunos intentos de humanización en este aspecto entre los que destacan:

- En la década de 1840, el gobierno nacional promovió la instalación de talleres dentro de las cárceles y se aprobó la reglamentación respectiva.

- El congreso general en 1848, instituyó la detención y prisión de los jóvenes delincuentes con fines de corrección, creándose un reglamento de prisiones

.La constitución de 1857 admitió la pena de muerte, pero encomendó al poder administrativo abolirla en cuanto se estableciera el sistema penitenciario.

- Al ser inaugurado el penal de Lecumberri en 1900, se concentraron las ideas y propuestas de un sistema penitenciario avanzado para esa época.

El gobierno federal adquiere en 1905 el archipiélago de las Islas Marías; y ,se establece la primera colonia penal .El perfil de los primeros confinados era de ebrios con más de dos delitos y prostitutas reconocidas con cuatro o más infracciones, posteriormente fueron enviados delincuentes de alta peligrosidad.

Actualmente sólo se reciben sentenciados de baja capacidad económica que no pertenezcan a grupos delictivos y organizados, de 20 a 50 años de edad, sanos física y mentalmente, de baja peligrosidad para que su estancia en la isla sea de por lo menos dos años y su traslado sea en forma voluntaria.

La idea represiva del pasado sea transformado en el interés del estado y la sociedad para readaptar y adaptar respectivamente, a los adultos y menores que han infringido la ley.

El 2 de agosto de 1974 se pone en vigencia la ley que crea el consejo tutelar para menores infractores para el distrito federal en materia común y para toda la república en materia federal.

Con el objeto de aplicar un programa de capacitación laboral y de adiestramiento técnico, en 1992 se celebró un convenio entre la Secretaría de Gobernación y el Colegio Nacional de Educación Técnica (CONALEP), con vigencia indefinida, para brindar capacitación laboral y adiestramiento técnico.

En 1993 se celebró un convenio con la SEP y la Dirección General de Capacitación Técnica Industrial (CECATI), con vigencia indefinida, para la capacitación laboral y el adiestramiento técnico en los centros penitenciarios del país. Derivados de este convenio, en el distrito federal y en algunos estados de la república se están realizando acciones aisladas; sin embargo, también resulta necesario actualizar convenio para ser utilizado en CEFEREPSI. La educación actúa como medio de readaptación social de adultos en reclusión, se funda en el artículo 18 constitucional. Para impulsar los servicios educativos se estructuró el programa de educación penitenciaria en coordinación con el INEA a fin de proporcionar servicios de primaria y secundaria. Otros programas que se ejecutan con cobertura académica son las áreas de educación física, estética, cívica y social.

Actualmente los internos pueden estudiar preparatoria abierta y está en puerta un convenio con la Dirección General de Educación Especial, ambas de la SEP. En la búsqueda del perfeccionamiento del quehacer penitenciario, uno de los grupos que representa mayor problemática es el de* enfermos mentales e inimputables, que a través de la historia penitenciaria, han atravesado numerosos problemas, desde el abandono y hacinamiento hasta esfuerzo a parciales y aislados que no han resuelto el problema.

Actualmente existen en el país un promedio de 1543 personas con enfermedad mental e inimputables, ésta población sigue atravesando la doble dificultad de padecer una enfermedad mental y encontrarse en un medio carente de actividades que lo ayuden a su rehabilitación en un ambiente denigrante y de olvido total, lo cual agrava su situación emocional y su padecimiento existente. Este trance y sus consecuencias dan lugar a un acontecimiento histórico y académico de descontento colectivo que reclama la reivindicación del enfermo mental privado de su libertad por mandato judicial, con el argumento lógico de: éste también es un ser humano y por tanto merecedor del respeto, trato digno y atención integral. Estas voces hacen eco en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, quien se aboca al reencuentro humanitario de las políticas gubernamentales.

*Término utilizado en CEFEREPSI. basados en el DMS-4 y CIE-10

Esto propicia una serie de reuniones, creándose así el Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para enfermos mentales en reclusión; el cual, busca entre otras cosas superar el rezago que en materia penal se venía dando. Paralelamente a su creación, surge el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, constituyéndose como una entidad Federal t rectora en la atención integral del enfermo mental e inimputable en reclusión, atribuyéndosele la facultad de generar, implementar y verificar el cumplimiento de lineamientos generales en materia de trato y tratamiento multi e interdisciplinario a personas sujetas a proceso jurídico o que se encuentren compurgando una sentencia privada de la libertad, de acuerdo a los estatutos nacionales e internacionales que se originen en la Organización Mundial de la Salud, la ley general de nuestro país y la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Con ello se busca entre otras cosas promover el cumplimiento de las disposiciones.

El artículo 4º constitucional señala la facultad que otorga el gobierno de la federación, de organizar en sus instituciones penitenciarias los servicios de salud conforme a lo que se dispone este artículo en su fracción 3ª, que a la letra dice: "toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las basas y modalidades para el acceso a los servicios y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de ésta constitución.

El principio número 20, aprobado por la ONU, en el que se plantea su aplicación a las personas que cumplen penas de prisión a raíz de delitos penales que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos e investigaciones penales efectuados en su contra y que, se ha determinado o se sospecha, padecen enfermedad mental; establece que todas estas personas deben recibir la mejor atención en salud mental. Se autoriza al tribunal o a otra autoridad competente para que basándose en una opinión médica independiente, disponga la internación de esas personas en una institución psiquiátrica.

A los artículos 67, 68 y 69 del código penal en lo que respecto al tratamiento especial que deben recibir los enfermos mentales en conclusión, finalmente, a las recomendaciones emitidas por la CNDH. Sobre la conformación de un modelo de atención a esta población en centros especiales de tratamiento.

Con el propósito de dar cumplimiento a las recomendaciones internacionales en materia de trato y tratamiento del enfermo mental en reclusión, así como a los ordenamientos constitucionales, nacionales y estatales, ha sido decisión del ejecutivo federal abatir el rezago en materia de atención al inimputable en todo el país: fomentar y establecer una cultura nacional de atención a dichos padecimientos. Para el efecto con respecto al pacto federal, habrá de establecerse los convenios con los gobiernos de los estados, con el propósito

de crear y establecer mecanismos en todos los centros penitenciarios para que cuenten con los recursos e instrumentos técnicos y científicos que permitan detectar oportunamente al inimputable, la presencia de cualquier padecimiento mental de la población, así como crear mecanismos de canalización y derivación de aquellos que, por la variedad de su sintomatología requiera de atención especializada y que no se le proporciona en su centro penitenciario de origen.

Bajo esta óptica el CEFEREPSI. Como eje del sistema, se constituye como elemento rector en el proceso en cuestión. El Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para enfermos mentales en reclusión contempla además la implementación del servicio de salud mental en los centros existentes y en aquellos de nueva creación de acuerdo a los recursos de cada institución.

El Centro Federal ejerce atención de tercer nivel solo para población carcelaria masculina que presente brotes de enfermedad mental transitoria o permanente; se pretende promover investigaciones formales en materia psiquiátrica penitenciaria, con la finalidad de hacer la experiencia y capacitación permanente al personal penitenciario.

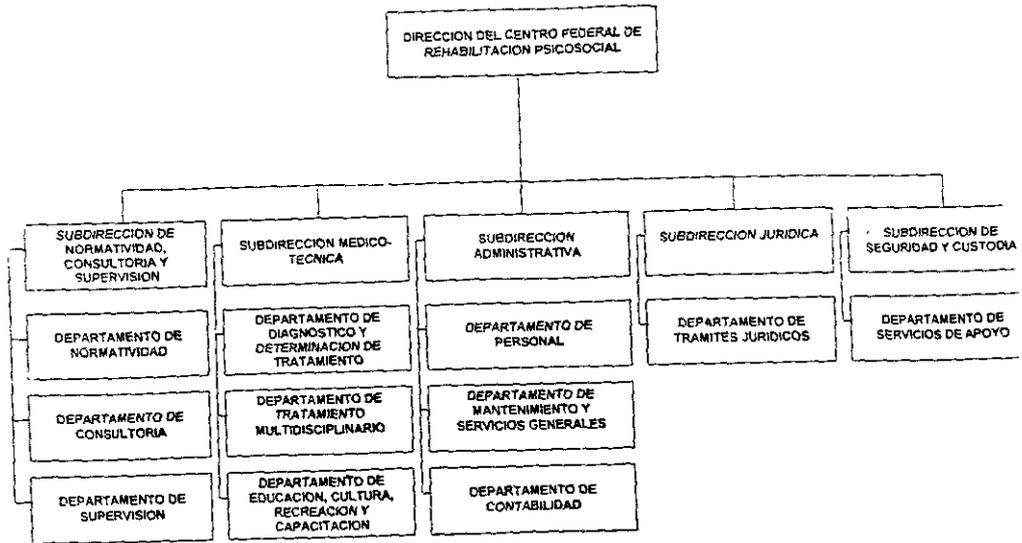
Finalmente, podemos afirmar que con la operatividad del Centro federal de Rehabilitación Psicosocial como órgano rector en materia de salud mental en el sistema penitenciario nacional, se pondrá en práctica uno de los mayores avances en el trato y tratamiento del enfermo mental en reclusión.

La familia como medio de acercamiento, conservación y fortalecimiento de todos aquellos nexos que permiten al interno-paciente restablecer vínculos con el exterior y mantener la perspectiva de su reintegración social, es considerada de vital importancia en el tratamiento rehabilitatorio.



Plaza Familiar

ORGANIGRAMA DEL CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL.



El CEFEREPSI surge en noviembre de 1994 y empieza a dar servicio con los primeros internos en noviembre de 1996. Su creación se debe al fuerte cuestionamiento que la Comisión Internacional de los Derechos Humanos hace a México con respecto a los Centros Penitenciarios que mantenían al margen de una atención especializada y adecuada para los reclusos con padecimientos mentales, observándose una ausencia total de programas rehabilitatorios a favor de esta parte de la población penitenciaria, en nuestro país, así como la constante violación a los derechos humanos y otros aspectos graves que mantenían en el olvido las obligaciones morales, sociales y legales de éste tipo de personas. Se han utilizado documentos elaborados por la Secretaría de Gobernación para sustentar los principios normativos de CEFEREPSI, siendo una institución de acceso totalmente restringido, tanto a sus instalaciones como a los expedientes de sus internos por lo que la información que nosotros presentamos es de carácter general.

En México, CEFEREPSI es el único lugar que cuenta con una infraestructura que clasifica y alberga pacientes psiquiátricos privados de su libertad, éstos nunca antes se habían separado del resto de los internos en su penitenciaría. Ahora, se hace para favorecerlo con un plan de atención rehabilitatoria, consistente en una atención multidisciplinaria cien por ciento humanitaria. Su condición de individuo con alteraciones de la conducta y su situación jurídica lo hacen ser susceptible de valoración y considerado por el equipo interdisciplinario del CEFEREPSI candidato a ingresar a la Institución Psiquiátrica, para recibir tratamiento rehabilitatorio. Cabe señalar que el centro cuenta con diez hectáreas en sus instalaciones y tiene un cupo máximo para 500 internos de acuerdo a la norma internacional por lo que no puede ser excedido; los internos se dividen por módulos dependiendo de su gravedad y peligrosidad.

Plan de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria

A continuación presentamos algunas acciones que fueron antecedentes importantes en el avance de las condiciones educativas a favor de los internos

PRIMER CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO, Celebrado el día 24 de noviembre de 1932, fue patrocinado por el Estado de Aguascalientes, sus puntos más importantes fueron los siguientes:

- Actuales condiciones de los establecimientos penitenciarios en la República.
- Selección y distribución de reos dentro de la prisión.
- Reglamento interno, medios de tratamiento dentro de la prisión.
- Condiciones que se deben llenar para evaluar la readaptación.

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO, Realizado el día 26 de octubre de 1952, la convocatoria fue suscrita por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Gobierno del Estado de México; El Comité Organizador estaba integrado entre otras personas por el Doctor Alfonso Quiroz Cuarón, quien también fue Secretario de Actividades Culturales, los puntos que se trataron son los siguientes

- La prisión, sus medios y sus fines.
- Sistemas penitenciarios.

- Organización de los sistemas penitenciarios.
- Biotipología criminal.
- Resocialización de los delincuentes.
- Servicio social.
- La sociedad y los presos
- Sistemas penales para internos mentales.
- Establecimientos penitenciarios, con una mejor arquitectura.

TERCER CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO. Celebrado en Toluca, del 6 al 9 de agosto de 1969, patrocinado por la Presidencia del Gobierno del Estado de Toluca, la Comisión Permanente del Congreso Nacional Penitenciario, la Universidad Autónoma del Estado de México y el Colegio de Abogados; el presidente honorario fue el Gobernador del Estado de México, Lic. Juan Fernández Albarrán y el Lic. Sergio García Ramírez, los puntos que se trataron fueron los siguientes.

- Sistemas penitenciarios.
- Selección y formación de personal.
- Arquitectura y administración.
- Trabajo.
- Educación.
- Servicio médico general.
- Servicio psiquiátrico y psicológico
- Trabajo social.
- Asistencia al liberado.

En este congreso el objetivo fue la readaptación social del interno, tal como lo establece actualmente el artículo 18 constitucional; en este congreso participaron también La Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora

Secretaría de Salud), Secretaría de Educación Pública, Departamento del Distrito Federal, Procuraduría General de la República y Procuraduría del Distrito Federal, así como Delegados de la Secretaría de Gobernación, Senadores y la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

CUARTO CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO. Celebrado en Morelia, Michoacan en 1973, siendo presidido por el Lic. Gilberto Vargas López y relator el Doctor Gustavo Malo Camacho, no se publicó memoria de este congreso, hasta que el Doctor Malo Camacho publicó su libro "Método para la Aplicación Práctica de la Ley de Normas Mínimas para la Readaptación de Sentenciados"

QUINTO CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO. Se realizó en Hermosillo, Sonora en el mes de octubre de 1974, en donde no hubo nuevos puntos a tratar, limitándose a discutir los congresos anteriores

SEXTO CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO. Se llevó a cabo en Monterrey Nuevo León, los días del 24 al 26 de enero de 1979; patrocinado por la Secretaría de Gobernación y celebrado en el Instituto Nacional de Ciencias Penales, siendo la primera reunión de Directores de Prevención y Readaptación y el único punto a tratar fue la Remisión Parcial de la Pena en Beneficio del Interno.

Estos Congresos fueron bases principales, para lograr los importantes cambios y logros de nuestro actual Derecho Penitenciario, así como la Readaptación Social del Interno. En nuestro concepto, El Tercer Congreso Nacional Penitenciario fue el más importante, en virtud de que destaca al abordar por primera vez el tema de la educación como un medio de prevención de los delitos, que posteriormente se toma como tratamiento penitenciario, otorgándole especial importancia a la educación de los internos que es tendiente a lograr la readaptación social del interno a través de éste medio de enseñanza. A diferencia de los inicios de la escuela en Lecumberri, ahora, se propuso que en todo centro penitenciario exista una escuela de enseñanza elemental, que los programas de educación primaria estén guiados al tratamiento de los delincuentes, contando para tal fin con alguna dependencia que planifique, unifique y vigile a nivel nacional los programas que se imparten, los cuales deben de estar encaminados a un tipo de educación especial para los internos y para lograr tales fines debe contarse con el apoyo de las autoridades federales, que serán las encargadas de difundir, apoyar y aplicar los programas de educación, debiendo impartir la instrucción a cargo de maestros especializados, como son los pedagogos, psicólogos y criminólogos para lograr un mejor y mayor resultado en la readaptación y

rehabilitación social del delincuente. Existe un reglamento jurídico de la educación como instrumento de Readaptación Social y, a efecto de marcar su importancia, es necesario llevar a cabo un análisis de los diversos ordenamientos jurídicos que directa o indirectamente se refieren al mismo; entre los cuales abordaremos los siguientes:

A) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

B) CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.

C) LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MINIMAS SOBRE READAPTACION SOCIAL DE SENTENCIADOS.

D) REGLAMENTO GENERAL DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL

E) LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA Y FEDERAL.

A).- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Su base principal la encontramos en el Artículo 18 de nuestra Carta Magna, que consagra una garantía de legalidad jurídica, todo sistema penitenciario se sustenta en él.

El primer párrafo del Artículo 18 Constitucional, nos establece dos limitaciones a la facultad que tiene el juzgador para decretar la privación preventiva o cautelar de la libertad de los particulares a quienes se les instruya un proceso por la posible comisión de algún delito, siendo estas:

1.- Que el delito que se le atribuye merezca pena corporal, atendiendo a las reglas que para tal efecto dispone El Código Penal vigente en el Distrito Federal.

2.- El sitio que se destine para la prisión preventiva deberá ser distinto y estar completamente separado de aquél que se destine para los internos que hayan sido condenados a cumplir una pena.

En el segundo párrafo, se establecen las bases jurídicas para que se respete la soberanía de las entidades federales, es decir, que tanto el gobierno federal como el de cada Estado tiene plena autonomía para organizar el sistema penitenciario dentro de su jurisdicción; pero dicha autonomía se encuentra limitada, toda vez que deberá tener por objeto, lograr la readaptación social del delincuente, a través de los siguientes instrumentos:

-EL TRABAJO

-LA CAPACITACION.

-LA EDUCACION.

Estos tres principios fundamentales constituyen la base del sistema penitenciario, que tienen como finalidad la readaptación social del delincuente, mediante la imposición de una pena, los cuales, se encuentran interrelacionados entre sí y no se alcanzaría si faltase uno solo de ellos, la última parte del párrafo segundo, establece la obligación de separar a los hombres de las mujeres al compurgar sus penas; siendo esta misma separación para los menores que contarán con instituciones especiales para su tratamiento.

El cuarto párrafo del Artículo 18 Constitucional se refiere a la garantía que tienen los mexicanos en el extranjero de acogerse al beneficio de readaptación social de nuestro país y viceversa, concediéndole facultades a la Federación para celebrar convenios con los Estados, así como para que los reos del fuero común puedan cumplir su pena en establecimientos del fuero federal. Fue hasta la Constitución de 1917, en que el Artículo 18 estableció en su última parte, antes de la reforma de 1965, como único medio de readaptación social del delincuente "el trabajo", pues, a partir de dicha reforma, se dieron las nuevas bases, a través de la capacitación y la educación. Siendo esta última como una vacuna para prevenir o evitar la delincuencia, lo que hace indispensable reformar el Artículo 18 Constitucional en la forma que se presenta a continuación dividido en dos grandes apartados:

-REFORMAS LEGISLATIVAS;

-ACCIONES REALIZADAS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE PARA LOGRAR LA READAPTACION SOCIAL MEDIANTE LA EDUCACION.

- REFORMAS LEGISLATIVAS.

Aquí no nos referiremos a todas las reformas legislativas que se hayan dado desde la antigüedad hasta la fecha, éste apartado se delimita solo para aquellas que, en nuestro concepto, se deben poner en práctica para lograr una verdadera readaptación social del delincuente y una verdadera rehabilitación psicosocial, a través de la intervención educativa

A continuación precisamos los ordenamientos jurídicos que consideramos deben ser reformados:

A) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Artículo 18 de este Ordenamiento Fundamental, en su parte conducente dice. "...LOS GOBIERNOS DE LA FEDERACION Y DE LOS ESTADOS ORGANIZARAN EL SISTEMA PENAL, EN SU RESPECTIVAS JURISDICCIONES, SOBRE LA BASE DEL TRABAJO, LA CAPACITACION PARA EL MISMO Y LA EDUCACION COMO MEDIOS PARA LA READAPTACION SOCIAL DEL DELINCUENTE. LAS MUJERES COMPURGARAN EN LUGARES SEPARADOS A LOS HOMBRES PARA TAL EFECTO..."

No obstante de que en este precepto, son tres los medios para lograr la readaptación social del delincuente; consideramos que, en esencia, son el trabajo y la educación los más importantes, puesto que la capacitación para el trabajo esta contenida en la educación laboral y puede ser abordada en los dos factores básicos de trabajo y educación. Al respecto, no con el trabajo y la educación se agotan las posibilidades legales de tratamiento, pues éstos han sido recogidos como un simple mínimo constitucional, en el sentido de que el Estado puede y debe tratar al delincuente a través de la educación y el trabajo, y de que el ejecutado tiene el derecho y el deber, al mismo tiempo, de sujetarse a dicho tratamiento. En el caso de internos con alteraciones específicas de la conducta, se considerará su posibilidad rehabilitatoria. Pero ello, no descarta la adopción y práctica de otras medidas que enriquezcan el reducido mínimo constitucional en beneficio del interno y de su familia, a través de la atención de todas las áreas de tratamiento terapéutico especializado; pues, no cabría hablar de readaptación social, ni rehabilitación psicosocial, ni sería posible establecer un sistema de educación y de trabajo si no se procuran y hacen factibles éstos, mediante otros apoyos institucionales, tales como el principio de legalidad en la ejecución de penas, un personal idóneo y los establecimientos adecuados.

El Artículo Sexto del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos como los inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir como ser humano; es decir, son todos aquellos derechos que tiene la persona por el simple hecho de serlo y que la autoridad esta obligada a respetar y a proteger. Dentro de los derechos humanos se encuentra el derecho a la protección de la salud física y mental, que es de naturaleza social, y que el Estado tiene obligación de satisfacer de acuerdo con los principios de Derechos Humanos. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce este derecho en el Artículo 4º, Párrafo Cuarto, reglamentado con la Ley General de Salud, de igual manera, se recoge en pactos, convenios y tratados internacionales suscritos y ratificados por nuestro país, así como en otros documentos consensados por la comunidad internacional, principalmente los Principios para la Protección de las personas con trastornos conductuales de origen psiquiátrico y para el

Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobados por la Organización de las Naciones Unidas..

La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha elaborado un documento de Condiciones Generales como un instrumento que permita a la sociedad y a los mismo enfermos prevenir y evitar prácticas inadecuadas o injustas, tanto en el tratamiento como en las condiciones de alojamiento durante la reclusión

La educación tiende a desarrollar armónicamente las facultades de las personas, contribuir a la mejor convivencia humana, lo que permite robustecer la dignidad del individuo y la integridad de la familia, así como la convicción del interés general de la sociedad en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos (Artículo 2º de la Ley General de la Educación y Artículo 3º de la Constitución Política Mexicana).

Las personas que padecen trastornos conductuales son vulnerables y especiales, por lo que es indispensable definir sus derechos de conformidad con la Carta Internacional de los Derechos Humanos. Los procedimientos provistos por la ley en materia de salud mental, incluidos los que rigen el acceso a órganos independientes e imparciales, son de cardinal importancia en lo que concierne a la libertad del paciente, cuyos derechos humanos y legales deben protegerse por todos los medios. En vista de la gran variedad de circunstancias jurídicas, médicas, sociales, económicas y geográficas de la comunidad mundial, la determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental. Los conflictos familiares o sociales o la falta de conformidad con los valores morales, el hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización.

Solo se podrá decir que padece una alteración específica de la conducta para fines directamente relacionados con la misma o con las consecuencias de ésta, dentro de las garantías procesales, de acuerdo al Artículo 18 de los derechos fundados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos; el paciente tendrá derecho a designar un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. El paciente y su defensor podrán solicitar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental. El paciente y su defensor tendrán en su poder informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la apelación perjudicaría la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. El paciente y su representante tendrán derecho a asistir a la audiencia y a ser oídos en ella. El paciente o defensor pueden pedir la presencia de alguna persona

audiencia, a menos que se considere que su presencia perjudicara la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

De acuerdo con el Principio 19 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el paciente tendrá derecho a la información relativa a él, a su historial médico y a su expediente, conforme lo disponga la legislación nacional, toda información que no se informe al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Toda observación obtenida del paciente, representante comercial o defensor solicitada por cualquiera de ellos, debe incorporarse al expediente del paciente.

El Principio 20, se refiere a delincuentes, el presente principio se aplicará a personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penas efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible de salud mental. A continuación, presentamos una investigación realizada en el CEFEREPSI, con el fin de comprender un poco más acerca de las implicaciones del delito en el enfermo mental, ya que éste es un tema prácticamente nuevo y gravemente descuidado e ignorado en el Sistema Penitenciario Mexicano.

El estudio del enfermo con alteración conductual dentro del sistema penitenciario puede ser abordado desde diferentes disciplinas, lo que da un amplio margen de análisis que va de lo psicopatológico a lo estrictamente jurídico. El código penal señala que al vincular el trastorno mental con el delito, se habla de inimputables, y de enfermos mentales. Se denomina enfermos mentales a aquellos individuos a quienes ya se les dictó sentencia y que mientras la cumplían en un centro de reclusión se les detectó un trastorno mental. Se habla de inimputabilidad cuando el individuo no tenía un razonamiento lúcido debido a un trastorno o deficiencia mental al momento de cometer el delito y, por lo tanto, no alcanza a comprender el carácter ilícito de sus actos.

En las estadísticas se reporta oficialmente una alta tasa de primodelincuencia en los transgresores de la ley, lo cual también sucede con los enfermos que sufren alteraciones en la conducta. Sin embargo, estas cifras no son reales pues antes de ser detenidos por un delito grave suelen haber cometido una serie de delitos ocultos que no son registrados por considerarse triviales, por lo que no son denunciados.

Se han hecho varias investigaciones sobre el efecto del uso y abuso del alcohol y las drogas, que indican que están relacionados con los delitos violentos, ya que son el mayor riesgo para que surja la conducta criminal, y se han observado que muchos enfermos mentales estaban intoxicados cuando

delinquieron, sin que esto tenga que ver con el nivel de estudios del individuo que comete el ilícito. Los estudios de psiquiatría forense sostienen que los esquizofrénicos frecuentemente son violentos. De igual forma, los psicópatas son violentos y abusan del alcohol, mientras que los psicóticos no se consideran criminales violentos. Los estudios indican que frecuentemente la psicopatología se relaciona con el homicidio, el robo y los delitos sexuales (Hodgins, 1995; Kirsten y cols. 1995 y Cordess, 1994), quien encontró que los jóvenes de 14 a 17 años delinquen a menudo.

Cabe destacar que entre los delitos que se asocian con la alteración específica de la conducta está el homicidio a los propios parientes, como se define en el Artículo 323 del Código Penal: "al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubina o concubinario, adoptante o adoptado, con conocimiento de la relación ..", sostiene que: "las personas que actúan en contra de ellas mismas, incluso en contra de sus propios intereses, son consideradas como probables enfermos mentales. Los individuos con alguna alteración de la conducta frecuentemente caen en el Sistema Penitenciario por que la misma enfermedad los lleva a transgredir la ley. El padecimiento mental da un matiz único y diferente no solo al tipo de delito que se comete sino también a la forma en que se lleva a cabo. Por lo tanto, el sujeto que ha infringido la ley y que, además, padece un trastorno mental, presenta características en su estado jurídico que lo distingue del común de los delincuentes. Por lo tanto, el objetivo es describir el delito por el cual fueron procesados y, dentro de la dinámica del mismo, considerar a quién y con qué lo agredieron, si estaban bajo los efectos del alcohol o alguna droga y el tipo de relación (si es que la había) que tenían con la víctima

La muestra con la que se trabajó en el CEFEREPSI es de 98 expedientes jurídicos, que en el momento del estudio albergaba a 99 internos. Uno de los expedientes no se incluyó por carecer de información completa. Se utilizó un diseño no experimental de tipo exploratorio de una muestra. Para este estudio se elaboró un instrumento expo-facto, en el cual se recopilaban los datos necesarios de acuerdo con el objetivo del estudio, el formato contiene antecedentes penales y el estado jurídico actual. Una vez elaborado el instrumento se acudió al archivo de la Subdirección Jurídica para revisar cada uno de los expedientes de los internos y se buscó específicamente la información requerida para llenar el instrumento. Se hizo un análisis de frecuencias de cada una de las variables para obtener los porcentajes de incidencia y especificar su distribución.

Los resultados fueron: del total de la población estudiada, el 77% están en calidad de inimputables y el 33% como enfermos mentales, es decir, más del 50% de los integrantes de esta muestra cometió el delito sin tener conciencia de estar transgrediendo la ley. Las características sociodemográficas de la

muestra demostradas son las siguientes: los sujetos provienen de distintos estados de la República Mexicana, la edad promedio es de 37 años y el 61% de los mismos no rebasa la escolaridad media básica. Dentro de las actividades laborables que desempeñaban antes de entrar a prisión, destacaron: 25% tenía un oficio, 20% era empleado, 15% era campesino y 9% era desempleado. Predominaron los solteros en un 73%, le siguen los casados 13% y en unión libre un 7%.

En el área jurídica se observó que el 71% de la muestra era primo delincuente y 29% reincidente. Esto no significa que haya un bajo nivel de reincidencia sino que las primeras transgresiones a la ley fueron delitos menores de poca importancia que no ameritaron cárcel o no fueron denunciados (robo de objetos de poco valor, escándalos públicos, roturas de ventanas, etc.). entre los que tenían antecedentes penales se confirmó lo antes expuesto: robo 28%, lesiones 21% y portación de arma de fuego 14%, que ameritaron sentencias cortas.

El promedio de edad en que delinquieron fue de 27 años, el 44% del total de la muestra se ubica en un rango de edad que va de los 18 a los 28 años, que es cuando se presenta el porcentaje mas alto de enfermedades mentales importantes, como esquizofrenia, psicosis, trastornos bipolares, etc. Los principales delitos por los que los sujetos se encuentran actualmente en prisión son los siguientes: en orden de frecuencia: homicidio 62%, delitos sexuales 11%, lesiones 8% y robo 7% (gráfica 1).

En este contexto resalta la connotación violenta de la mayoría de los delitos es decir, la patología del enfermo mental lo conduce a actuar de forma agresiva, impulsiva y hostil en contra de otra persona, lo que se refleja en el porcentaje total 80% de homicidios, lesiones y delitos sexuales. El homicidio o delito contra la vida predomina en poco más de la mitad de la muestra 61% y, generalmente, la víctima era alguien conocida 64% que puede ser un miembro de la familia o alguien cercano. El 36% restante, había asesinado a una persona desconocida (gráfica 2).

Entre todos los homicidios sobresale la de un pariente: 30 de un total de 61 casos (gráfica 3).

Prácticamente la mitad de los asesinados fue alguna persona de la familia. El 68% asesinó a su padre, a su madre o a algún hermano o hermana, es decir, a las personas con que vivían, lo que se explica, si se considera que la mayoría eran solteros. Esta misma situación se observó entre los casados y los que vivían en unión libre quienes mataron a su esposa o a su pareja en 20% de los casos (gráfica 4).

Es difícil de explicar por que el enfermo mental comete el delito, ya que el derecho y la psiquiatría son disciplinas que se fundamentan en las distintas concepciones. Mientras que en la primera rige el deber ser, en la segunda el

que guía es el ser lo que da lugar a la ruptura, pues para el derecho toda conducta tiene una explicación que puede o no ser reprobable de acuerdo con las leyes establecidas, y es a partir de estas que se determina la sanción, en tanto que la psiquiatría los hechos no siempre pueden ser explicados bajo la lógica de la realidad. No son solo problemas de nominalismo, de las inútiles obscuridades de sus respectivos lenguajes. Esta sería una explicación demasiado sencilla y superficial. Las diferencias son, sin duda, mas profundas y se refieren al método y a la finalidad de ambas disciplinas; en definitiva, a su razón de ser. La psiquiatría es una razón del ser y el derecho del deber ser.

Para tratar de hacer mas comprensible la explicación del acto delictivo desde la perspectiva psiquiátrica, es conveniente aclarar una serie de documentos que ayuden a descifrar dicha complejidad.

El motivo es la conducta comprensible y derivada históricamente de hechos psíquicos que mueve a cometer un acto que es explicable. Por otro lado, **esta el móvil**, que es un hecho ahistórico, incomprensible, explicado a partir de la condición biológica y psicopatológica.

Retomando estos conceptos es posible esclarecer el origen del acto delictivo que en algunos casos aparece como inmotivado y en otros como debido a las alteraciones del pensamiento y de la sensopercepción; ambos se manifiestan como actos irruptivos e ininteligibles, pues el móvil trasciende los límites de lo comprensible; de ahí la dificultad y, a la vez, la importancia de hacer uso de estos conceptos clínicos que por las circunstancias de los enfermos mentales en reclusión, deben considerarse antes de emitir un veredicto.

Los móviles y los motivos aparentes que tuvieron para matar son diversos y están expresados en el discurso del interno al explicar lo que lo llevó a cometer el delito.

Hubo diferencias de acuerdo con el sexo de la víctima: se cometieron mas homicidios en contra de los hombres 66%, que en contra de las mujeres 34%. Las armas utilizadas con más frecuencia para cometer los delitos contra la vida fueron las punzocortantes 43%, seguidas de la fuerza bruta, como en los casos de estrangulación y muerte por golpes y patadas 25%, lo que también habla de enfermedad mental. El hecho de que en 22% de los casos hayan utilizado otros artefactos: piedras, palos, barretas, cazuelas, ácido y cubetas, entre otros, muestra que cuando el impulso se apodera del individuo, éste responde utilizando los objetos mas inverosímiles, es incapaz de calmarse, y actúa sin medir las consecuencias, lo cual hace que su delito sea diferente de uno planeado o pensado con anterioridad. Los artefactos que utilizan son los que se encontraban a la mano en el lugar donde cometieron el delito 10% utilizó arma de fuego (gráfica 5).

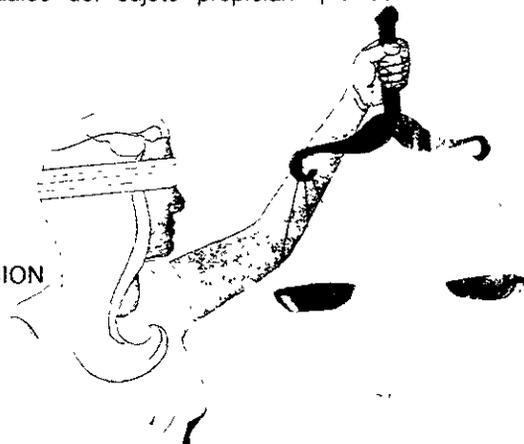
También deben tomarse en cuenta las sustancias etílicas, que actúan como desinhibidoras de la conducta y tradicionalmente se asocian con la comisión de delitos violentos. Estos delitos están bien tipificados y el uso de sustancias atenúa la responsabilidad. En este sentido, los datos encontrados resultan significativos, pues solo el 22% de los sujetos están bajo efectos del alcohol al momento de cometer el delito; sin embargo, cabe mencionar que en el 16% de los casos no hay datos al respecto. Asimismo, solo el 11% de los casos había consumido algún tipo de droga cuando cometió el delito, y poco más del 50% no había consumido nada.

Respecto a las penas a que se hicieron acreedores (gráfica 6), el 71% de los casos se optó por tomar medidas de seguridad, 13% recibió una sentencia y en 16% se suspendió el proceso. En relación a su estado jurídico actual, el 81% de los sujetos estudiados ya han sido procesados, y en la mayoría se tomaron medidas de seguridad que van de 4 a 50 años. El rango predominante es de 6 a 15 años 44% y le sigue el de 16 a 25 años 24%. Esto varía de acuerdo con el tipo de delito cometido y la forma con que se cometió, pero cuando la condena es larga, el juez tiene una gran dificultad para actuar por padecer de peritajes psiquiátricos confiables, por lo que tiene que asumir su responsabilidad y recibir de acuerdo con "el recto criterio y la prudencia del tribunal", que generalmente opta por las medidas de seguridad prolongadas, que lejos de ayudar al enfermo, lo incapacitan día con día. En conclusión, los enfermos mentales que se incluyeron en este estudio se caracterizaron por tener baja escolaridad, desempeñarse como empleados o tener algún oficio, ser solteros en su mayoría, por no lograr establecer relaciones afectivas duraderas. La edad promedio en la que delinquen es de 27 años. La mayoría de los internos de CEFEREPSI son inimputables y están en calidad de primodelinquentes, aunque antes de que los detuvieran por un delito grave ya habían cometido una serie de "delitos ocultos", que no fueron registrados por considerarse triviales.

Rara vez se comete el mismo tipo de delito, y la misma dinámica pero el enfermo mental suele hacerlo, lo cual es un problema difícil y de graves consecuencias para el mismo, para su familia, para la sociedad y para el estado. El arma utilizada con mayor frecuencia para cometer el delito fue punzocortante. La violencia es una conducta no un síntoma ni un signo. La gente sin patología mental que manifiesta violencia lo hace como fruto de una elección en la que cabrían otras opciones, pero en ocasiones rebasa su control. Para tratar de encontrar el porque del acto se pueden plantear 3 hipótesis: a) la personalidad del individuo hace que siempre responda con violencia, b) las circunstancias del ambiente desencadenan, en determinado momento, que un individuo tranquilo responda con violencia y c) la violencia es comprensible por la psicopedagogía, pues, puede ser resultado de una alucinación. El mejor predictor de cometer un acto de violencia es haber sido violento. Los predictores de violencia son los mismos en los individuos sanos

que en los sujetos con trastornos mentales. Es importante mencionar lo difícil que es para el juez juzgar a estos pacientes, pues llama la atención que por un mismo delito reciban condenas que varían de 9 a 35 años. Es decir, que reciben sentencias muy diferentes, lo que indica lo complejo que es para el juez determinar el tiempo justo de reclusión necesario para lograr la rehabilitación del enfermo mental. Sería importante que el juez pudiera contar con peritajes realizados por expertos en psiquiatría para que fuera más factible beneficiar al enfermo mental por medio del cumplimiento de su sentencia o medida de seguridad. Finalmente, se pueden enumerar las particularidades de la población penitenciaria que padecen algún trastorno mental: 1) la mayoría de la población estudiada esta en calidad de inimputable, es decir, que cometieron el delito sin tener cierta conciencia del hecho, 2) generalmente no logran establecer relaciones afectivas profundas, 3) los familiares de los internos pueden ser víctimas y 4) no tienen un motivo fundado para cometer el homicidio si no que el móvil solo puede explicarse en la clínica, y 5) las medidas de seguridad son largas debido a la complejidad de estos casos.

El* enfermo mental que delinque o que viola la ley, ha salido a la luz desde hace más de 20 años, y aunque es un hecho que los individuos con trastornos mentales son mas vulnerables de ser detectados y arrastrados, no se puede afirmar que todos los enfermos mentales sean delincuentes ni que todos los delincuentes sean enfermos mentales, pero en muchas ocasiones la enfermedad mental es un factor desencadenante en la comisión de delitos, que va de los simples robos hasta los homicidios inmotivados. Es necesario reflexionar en torno a la complejidad de la impartición de justicia cuando se junta la psicopatología y el crimen. En nuestro país, es difícil homogeneizar los criterios para aceptar el fallo del juez en los casos de enfermedad mental o inimputabilidad, pues al parecer, las decisiones finales sobre las consideraciones psiquiátricas no resultan ser lo suficientemente claras, por lo tanto son contundentes. Pesa mas el desconocimiento de la enfermedad mental por parte de los jueces, quienes se basan en la dinámica del crimen y en los aspectos legales por lo que otorgan sentencias de tiempo variado para un mismo delito y, por lo general, muy largas, que lejos de favorecer la evolución de las alteraciones conductuales del sujeto propician que se exacerbe día a día.



Cfr REGLAMENTACION DE LA EDUCACION
*Término utilizado en CEFEREPSI

CAPITULO II: LA PEDAGOGIA EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

2.1 PEDAGOGIA GENERAL.

Una vez analizada la situación de los internos en reclusión y el cómo y por qué de su estancia en CEFEREPSI nos abocaremos al análisis del quehacer pedagógico a través del trabajo terapéutico en la rehabilitación social de los mismos

Siendo la Pedagogía una ciencia exquisita a través de la cual pretendemos iniciarnos en el trabajo terapéutico con internos del CEFEREPSI, de Ciudad de Ayala, Morelos, al fundamentar, pedagógicamente las condiciones de personas con necesidades educativas especiales (enfermos mentales) en nuestro país, para llegar a comprender la intervención del pedagogo en el tratamiento de estas personas. Siendo ésta, una nueva área de trabajo que había permanecido por muchos años en el olvido y que definimos como la ciencia que se ocupa de la educación y la enseñanza: los conocimientos sistematizados sobre la acción educativa y en un nivel multidisciplinario se ocupa del estudio de la realidad de la educación. Debido a la poca atención y desinterés por parte de las autoridades del S P N , y que afortunadamente en este momento favorecen a los internos mas desprotegidos por el Sistema Penitenciario Mexicano debido a su condición psicopatológica

Corresponde ahora al pedagogo asumir con responsabilidad y profesionalización su papel en esta labor social compartidamente con el equipo multi e interdisciplinario dedicado también a esta labor.

El área de las alteraciones específicas de la conducta ha recibido un significativo incremento de la atención profesional y social en los últimos años, los problemas, dificultades y barreras que encuentran las personas con desórdenes conductuales, han pasado a ser expuestos y analizados públicamente. Cada vez es mayor el número de personas que se incorporan a la tarea de mejorar las condiciones de vida y bienestar personal de los que tienen alguna problemática de esta índole. Distintos profesionales (psicólogos, pedagogos, maestros, educadores, médicos, asistentes sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, etc.), unen su esfuerzo de ayuda multidisciplinar en el estudio o investigación sobre la población, en la evaluación e intervención habilitadora y rehabilitatoria, y en la evaluación de los servicios prestados. Todo ello persigue un mismo fin, que es el logro de una integración comunitaria, en todos los ámbitos de la vida y en cualquier parte del mundo. Con respecto a la definición de la retardación mental es una incapacidad como resultado de la interacción entre las limitaciones en capacidad (inteligencia y habilidades de adaptación) y las exigencias del medio ambiente. La

La discapacidad mental se refiere a las limitaciones substanciales en el funcionamiento actual y se caracteriza por:

1 -El funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio que coexiste con:

2.-Limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación aplicables:

- comunicación
- cuidado propio
- vida de hogar
- habilidades sociales
- uso de la comunidad-
- auto- dirección
- salud y seguridad
- habilidades académicas funcionales
- tiempo libre
- trabajo

La definición: La discapacidad mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual significativamente más bajo de la norma y que coexiste con limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de capacidades de adaptación aplicables: comunicación, cuidado personal, vida de hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, auto-dirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, uso de tiempo libre y trabajo. La discapacidad mental se manifiesta antes de los dieciocho años por lo antes expuesto *

Con respecto a las cuatro teorías esenciales de la implementación de la definición podemos especificar que:

1.- La evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística ,así como las diferencias en los factores de comunicación y comportamiento.

Cfr. *LA RETARDACION MENTAL, Clasificación y Sistemas de apoyo

2.- La existencia de limitaciones en las habilidades de adaptación ocurre dentro del contexto de ambientes comunitarios típicos de los de la misma. Edad que el individuo, y se dirige a las necesidades individuales de apoyo a la persona.

3.-Las limitaciones adaptativas específicas a menudo coexisten con capacidades en otras habilidades de adaptación o con capacidades personales

4.- El funcionamiento vital de una persona con discapacidad mental, generalmente mejora con el apoyo adecuado por un periodo prolongado. La definición de la AARM antes explicada constituye un enfoque nuevo para incorporar el proceso en tres pasos el diagnóstico, la descripción de habilidades y debilidades del individuo y la identificación de los apoyos necesarios.

Este enfoque es diferente a los sistemas anteriores en que.

1.-Se usa un solo código de diagnóstico de discapacidad mental si la persona reúne los tres criterios: edad de comienzo, habilidades en el funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio y limitaciones relacionadas en dos o más de las áreas de habilidades de adaptación.

2.-Las habilidades y debilidades individuales se describen en relación a cuatro dimensiones: funcionamiento intelectual y habilidades de adaptación, bienestar psicológico y emocional; salud, bienestar físico y etiología ; y ambientes en los que funciona el individuo.

3.-Revela una definición de las necesidades de apoyo a través de las cuatro dimensiones.

El proceso de los tres pasos de diagnosticar, clasificar y definir apoyos tiene implicaciones significativas para el sistema actual de provisión de servicios de discapacidad mental.

1º.El uso de un solo código de diagnóstico elimina las clasificaciones previas ,basadas en cocientes intelectuales de discapacidad mental leve, moderada, severa y profunda. En su lugar, un ejemplo de diagnóstico que podría utilizarse es : Una persona con discapacidad mental con necesidad limitada de apoyo en el área de habilidades sociales y una necesidad extensa de apoyo en el área de comunicación.

2º.La determinación de funcionamiento substancialmente limitado es una determinación clínica y no depende simplemente de la clasificación del individuo.

3º.-Existe un intento para conectar la planificación la provisión de servicios y la determinación de elegibilidad con el nivel de capacitación del individuo y no con una clasificación categórica.

EL PROCESO DE LOS TRES PASOS: DIAGNOSTICO, CLASIFICACION Y SISTEMAS DE APOYO.

PASO 1 Diagnóstico de discapacidad mental

Determina la elegibilidad para apoyos.

El atraso mental se diagnóstica si:

- 1.-El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o menos.
- 2.- Hay limitaciones significativas relacionadas en dos o más de las áreas de habilidades de adaptación .
- 3.-La edad del comienzo es de 18 años o menos.

Paso 2 Clasificación y descripción

Identifica capacidades / debilidades y la necesidad de apoyo

- 1.-Describa las capacidades y debilidades del individuo con referencia a las consideraciones psicológico-emocionales.
- 2.-Describa la salud física total e indique la etiología de la condición del individuo.
- 3.-Describa el ambiente actual del individuo y el ambiente óptimo que facilita su continuo desenvolvimiento y desarrollo.

Paso 3 Definición e intensidad de los apoyos.

Identifica los apoyos necesarios.

Identifique el tipo y la intensidad de los apoyos necesarios para cada una de las cuatro dimensiones

- 1.-Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades de adaptación.
- 2.-Dimensión II: Consideraciones psicológico-emocionales.
- 3.-Dimensión III: Consideraciones físicas /de salud/ etiológicas.
- 4.-Dimensión IV: Consideraciones ambientales.

El paso uno sirve para establecer un diagnóstico de discapacidad mental, utilizando el formulario específico para evaluar los tres criterios necesarios para el diagnóstico de discapacidad mental.

El paso dos sirve para clasificar y describir capacidades, salud y ambientales a través de las cuatro dimensiones.

El paso tres como modelo o patrón de apoyo para dirigirse a las debilidades del individuo identificadas en el paso dos, el apoyo individual es crítico a la conceptualización del atraso mental y su disminución. El apoyo individualizado puede ser proporcionado por la familia, proveedores de servicios, agencias etc.

La provisión de apoyos apropiados y oportunos es lo que aumenta el funcionamiento de adaptación y la integración exitosa. Los apoyos pueden durar toda la vida o su necesidad puede fluctuar a través de la vida. Los apoyos naturales deben ser usados cuando sea posible.

El paso tres comprende el establecimiento de una definición.

Los apoyos en el paso tres tienen asignado un nivel de intensidad intermitente, limitado, prolongado o persistente:

INTERMITENTE: Apoyos provistos esporádicamente, según sean necesarios. El individuo no siempre necesita los apoyos, o necesita apoyos a corto plazo solamente en periodos de transición y pueden variar en intensidad.

LIMITADO: Apoyos que ocurren en algunas dimensiones con seguridad por un periodo de tiempo corto- de tiempo limitado pero no de naturaleza intermitente. Pueden requerir menos miembros del equipo y un costo más bajo que los niveles de apoyo intensivo.

EXTENSO: Apoyos caracterizados por participación regular, continua y no limitados en tiempo.

PERSISTENTES: Apoyos caracterizados por su constancia y alta intensidad. Los apoyos se proveen en varios ambientes y son potencialmente de la naturaleza que mantiene la vida. Los apoyos persistentes típicamente son más personales e incluyen a más miembros del equipo que los apoyos prolongados o limitados.

Cfr..LA RETARDACION MENTAL, Clasificación y Sistemas de Apoyo.

En nuestra sociedad la discapacidad social se manifiesta a los 18 años, cuando el individuo alcanza la mayoría de edad y es considerado como adulto.

Existen cuatro teorías para la implementación de la definición:

- 1.-Una evaluación valida considera la diversidad cultural y lingüística aso las diferencias en los factores de comportamiento y comunicación.
- 2.-La existencia de limitaciones en habilidades de adaptación ocurre dentro del contexto de ambientes comunitarios típicos de la edad del individuo y se dirige a las necesidades individuales de apoyo para la persona.
- 3.-Las limitaciones de adaptación específicas a menudo coexisten con capacidades en otras áreas de adaptación o con otras capacidades personales.
- 4.-Con un apoyo adecuado por un apoyo prolongado ,el funcionamiento de la vida de una persona con discapacidad generalmente mejora.

De acuerdo con las predicciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para finales del milenio hablan de 580,000,000 de personas con deficiencia, sobre un total de 6,000,000,000 de personas en el mundo. En el campo de las de las deficiencias, discapacidades, y minusvalías, han estado en transición, en las últimas décadas, evolucionando paralelamente a la emergencia de los derechos de las personas con enfermedad mental. En la actualidad, son comunes las referencias a la normalización, desinstitucionalización, ambiente menos restrictivo, integración, enfoque comunitario, inclusión y conceptos generales. Estos conceptos son indicativos del enfoque actual hacia las personas con necesidades educativas especiales, que se caracteriza por ser más(Manual de retardación mental,1992)..

La pedagogía tiene en su haber la revisión constante de la educación como medio e instrumento para lograr el desarrollo integral y armónico de la personalidad de todo ser humano, es a través del aprendizaje y sus dimensiones y condiciones que podremos tener el conocimiento para corregir y avanzar en el tratamiento de los problemas de aprendizaje. El proceso de aprendizaje no configura una estructura definible como tal y, si bien ciertos acontecimientos pueden ser clasificados sin confusión bajo el rubro" aprendizaje ", por ello se debe más a su función y modalidad, en el mejor de los casos a la sistematización de las variables intervinientes que a su asimilación, a una construcción teórica coherente, pero si el aprendizaje no es una estructura no hay duda de que constituye un efecto y, en ese sentido, es lugar de articulación de esquemas.

En el lugar del proceso de aprendizaje coinciden un momento histórico, un organismo, una etapa genética de la inteligencia y un sujeto, adscriptos a otras tantas estructuras teóricas de cuyo engranaje se ocupa y preocupa la epistemología. Nos referiremos principalmente al materialismo histórico, a la teoría piagetana de la inteligencia y a la psicoanalítica de Freud en tanto instauran la ideología, la operatividad y el inconsciente. A continuación se explicará las condiciones del proceso de aprendizaje.

Dimensión Biológica.

En su obra *Biología y Conocimiento*, J. Piaget, señala la presencia de dos funciones comunes a la vida y al conocimiento: la conservación de la información y la anticipación, la primera de ellas se refiere a la noción de "memoria", en cuyo proceso se puede distinguir dos aspectos: la adquisición o aprendizaje y la conservación como tal. Señala que, aun para los aprendizajes mas elementales, "toda información adquirida desde el exterior lo es siempre en función de un marco o sistema interno, mas o menos estructurado", lo que explica el comportamiento vital de exploración espontánea que garantiza el ajuste optimo del individuo a cada situación y el mantenimiento de sus esquemas de reacción ya existentes. La misma actividad asimiladora, concilia las descripciones hechas para demostrar la formación de reflejos condicionados y la de los condicionamientos "instrumentales", estos últimos aparecen como descubrimientos, donde las relaciones descubiertas son el resultado de una acción sobre la realidad, orientada por la coordinación de esquemas surgidos, ellos mismos, por diferenciación de los datos sobre los cuales se aplican y a los cuales se acomodan. Ya en el terreno de las conductas sensorio-motrices del lactante, Piaget, insiste en que las estructuras de conocimiento presentan la característica específica de ser construidas, por lo cual, no puede ser considerárselas innatas a pesar del carácter hereditario de la inteligencia como aptitud del ser humano. La herencia se inscribe en el cerebro y en la disponibilidad morfológica de conexiones posibles y en la maravillosa síntesis de la molécula ADN, y aparece programada en algunos procesos instintivos, que, como el de la succión, van a desplegarse como mecanismo de los primeros aprendizajes. La construcción, que prolonga sin embargo la modalidad asimilativa de toda cognición, implica a la vez un aspecto de experiencia, es decir, de manipulación del medio y un aspecto de funcionamiento endógeno al sujeto, que tiene que ver con la progresiva estructuración de la coordinación de sus acciones ; tendríamos, entonces, tres tipos de conocimientos: el de las formas hereditarias, programadas definitivamente de antemano junto al contenido informativo respecto al medio en el cual, el individuo actuará; el de las formas lógico-matemáticas, que se construyen progresivamente, según estadios de equilibrio creciente y por coordinación progresiva de las acciones que cumplen con los objetos, prescindiendo de los objetos como tales; y en tercer lugar, el de las formas adquiridas en función de las experiencia, que proveen al sujeto de información

acerca del objeto mismo y sus propiedades. Si como vemos, los dos últimos aspectos prolongan el funcionamiento del primero, también aparecen como mutuamente implicados, ya que en sí, por un lado, toda acción, es acción sobre un objeto, por el otro, esta acción se despliega con cierta organización impresa en el marco de las estructuras lógicas que permiten una correcta lectura de la experiencia

Desde el punto de vista biológico, y dentro del marco de la epistemología genética habría un aprendizaje en sentido amplio, el cual consistiría en el despliegue funcional de una actividad estructural que derivaría en la construcción definitiva de las estructuras operatorias esbozadas en tal actividad y, por otra parte, un aprendizaje en sentido más estricto, que permite el conocimiento de las propiedades y legalidad de los objetos particulares, siempre por asimilación a esas estructuras que permiten una organización inteligible de lo real

b) Dimensión Cognitiva

En una referencia estrictamente psicológica el aprendizaje, dedicado a la inteligencia y el aprendizaje, considera conveniente distinguir tres tipos de aprendizaje

1) aquel en el cual, el sujeto adquiere una conducta nueva, adapta a una situación desconocida con anterioridad y surgida de las sanciones aportadas por la experiencia a los ensayos más o menos arbitrarios del sujeto, el ensayo y el error no son nunca completamente azarosos, aun más, para que la experiencia sea provechosa el ensayo debe ser dirigido y el error o el éxito asumido en función de la organización previa que, como tal, demuestra ser incompetente o correcta.

2) en segundo término, existe un aprendizaje de la legalidad que rige las transformaciones de los objetos y sus relaciones mutuas; en ese aprendizaje, la experiencia tiene por función confirmar o corregir las hipótesis o anticipaciones que surgen de la manipulación interna de los objetos. Los procedimientos llamados realimentación se comprenden si en la propia definición de los esquemas de asimilación se incluyen mecanismos de anticipación y retroacción, capaces de corregir la aplicación del esquema y promover la acomodación necesaria.

3) por último, se encuentra el aprendizaje estructural, vinculado a la aparición de las estructuras lógicas del pensamiento, por medio de las cuales es posible organizar una realidad inteligible y cada vez más equilibrada. Aunque no se puede considerar a tales estructuras como aprendidas, pues ellas mismas se constituyen en condición de todo aprendizaje, la experiencia cumple, sin embargo, la función relevante y necesaria de poner en jaque los esquemas

anteriormente constituidos y que demuestran en algún momento su incompetencia para dar cuenta de ciertas transformaciones.

c) Dimensión Social

En el nivel social podemos considerar al aprendizaje como uno de los polos de la pareja enseñanza, aprendizaje, cuya síntesis constituye el proceso educativo. Dicho proceso comprende todos los comportamientos dedicados a la transmisión de la cultura, incluso los objetivados, como instituciones que, específica (escuela), o secundariamente (familia), imparten educación. A través de ella, el sujeto histórico ejercita, asume e incorpora una cultura particular, en tanto habla, saluda, usa utensilios, fabrica y reza, según la modalidad de su grupo de pertenencia

Educación consiste entonces en enseñar, en el sentido de mostrar, de poner señales, de marcar como se hace lo que se puede hacer. Así el niño aprende a expresarse, a vestirse, a escribir, a no ensuciarse, a no llegar tarde, a no llorar, etc. La manera de hacer, que la educación prescribe, tiene por objetivo la constitución del ser que un grupo social necesita: ser respetuoso, limpio, atento, discreto, etc. A través de la acción desplegada y reprimida, el sujeto incorpora una presentación del mundo, a la que a su vez se incorpora y se sujeta

Así, toda transmisión de cultura supone un recorte, una selección de modalidades de la acción cuya determinante es la situación del educando, en la relación de producción, junto con otros factores de nacionalidad, generación, profesionalización, etc., de su familia y grupo de pertenencia.

En este sentido, el aprendizaje garantiza la continuidad del proceso histórico y la conservación de la sociedad como tal a través de sus transformaciones evolutivas y estructurales. Pero también cumple un papel relevante en la implementación de esas transformaciones, pues es evidente que si los sistemas necesitan educar para conservarse, los revolucionarios necesitan hacerlo, con más razón, a fin de concientizar y motivar la militancia.

La transmisión de la cultura es siempre ideológica, en tanto es selectiva y compete a la conservación de modos de operar y, por lo tanto, al mantenimiento de estructuras definidas de poder.

Métodos de análisis basados en el materialismo histórico y apoyados en otros recursos particularmente inspirados en la lingüística estructural, permiten la denuncia de las representaciones implícitas en los contenidos establecidos; mas difícil se hace el análisis de las formas y métodos de la transmisión y su crítica desde el punto de vista ideológico y epistémico, que se revisa en la programación. Una condición interna del aprendizaje está ligado a la dinámica

del comportamiento. Desde esta perspectiva general el aprendizaje es un proceso dinámico que determina un cambio, con la particularidad de que el proceso supone un procesamiento de la realidad y de que el cambio en el sujeto es un aumento cualitativo en su posibilidad para actuar sobre ella

Desde un punto de vista dinámico el aprendizaje es el efecto del comportamiento, lo que se conserva como disposición más económica y equilibrada para responder a una situación más definida. Según esto, el aprendizaje será tanto más rápido cuanto mayor sea la necesidad del sujeto, pues la urgencia de la compensación unida a la vivencia de la descompensación, dará más relevancia al recurso encontrado para superarla. Pero, salvo, cuando se trata de aprendizajes prácticos e instrumentales, en el aprendizaje humano es difícil encontrar situaciones en las que se de una necesidad primaria reconocida interoceptivamente. Con más frecuencia se apega a las motivaciones, sean primarias y, ligadas a la satisfacción probablemente del propio ejercicio o del placer proporcionado por la equilibración misma, sean secundarias, en las cuales la gratificación proviene del aplauso social, de la evitación de un castigo o del efecto del maestro. Este es el campo donde mas se ha trabajado experimentalmente, con resultados que pecan a veces por lo obvio de sus conclusiones y otros por lo discutible de sus múltiples interpretaciones posibles. Las variables que se han tenido en cuenta para correlacionar con la variación en el aprendizaje son.

Las expectativas, el interés, el premio y el castigo, las necesidades adquiridas, la mayor o menor claridad en la representación del fin, el placer lúdico, etc., pero aun en el plano interno, podemos ubicarnos en una perspectiva de estructura donde no se explica el hecho del aprendizaje, agudizando los métodos de la observación de los comportamientos que lo suponen, se trata de construir un esquema suficiente y sistemático que lo instruya como variable dentro de la teoría psicoanalítica la posibilidad de que haya aprendizaje esta dada en dos niveles: el que se describe en una psicología para neurólogos y el que se deriva de la posición tópica del preconscious. Freud distingue entre procesos primarios y procesos secundarios, y considera a estos como versiones atenuadas basadas en la correcta utilización de los signos de la realidad a través de un "yo" capaz de inhibir y moderar la catexia del objeto deseado, asumiendo como representado y no como real. Esto no posibilita el pensamiento de objetos peligrosos sin el miedo concomitante, sino que permite el reconocimiento, cuando la percepción coincide parcial o totalmente con la catexia. Pero no toda la sanción del pensamiento proviene de su posibilitación de neutralizar y descargar el sistema; Freud considera por lo tanto que los errores lógicos son capaces de provocar una sensación de displacer y, por consiguiente, habría satisfacción en la organización de un razonamiento bien equilibrado, incluso el nivel estético.

En el yo y el ello, acelera la diferencia entre la dicotomía consciente-inconsciente y la diferenciación del aparato psíquico entre ello, yo y super yo o ideal del yo. Se reconoce que lo inconsciente no coincide con lo reprimido, pues, conviene postular una parte del yo igualmente consciente, no reprimida y, sin embargo, no latente, en el sentido de que es latente el preconscious. De modo que la representación preconscious es propiamente un pensamiento que se inviste en el lenguaje, mientras que la experiencia se aloja en el yo inconsciente, es irreconocible para la conciencia. Esto nos demuestra que si consideramos aprendizaje a la disponibilidad o latencia que se produce en preconscious, no se enseña solamente verificando la incorporación de la experiencia sino, de adentro hacia afuera, rescatando de lo inconsciente (del yo) lo que puede venir preconscious y, como tal, utilizable para el pensamiento. Pero seguramente el aspecto de la tónica que interesa más al educador es la formación del super yo.

Dos aspectos biológicos participan en la diferenciación dentro del yo de una instancia generada en la identificación con la autoridad: la especial identificación y dependencia del cachorro humano durante su primera infancia y el intervalo que se produce en el desarrollo sexual durante la infancia a través del ideal del yo, representante de la relación del sujeto con sus progenitores, el niño los observa interiormente, lo que lo protege tanto del temor de perderlos como de cumplir el destino de edipo

En resumen, podemos decir que: hay dos tipos de condiciones para el aprendizaje las externas, que definen el campo del estímulo y las internas, que definen al sujeto.

Ambas pueden estudiarse en su aspecto dinámico como procesos, y en su aspecto estructural, como sistemas. La combinación de estas condiciones conduce a una definición operacional del aprendizaje, pues determina las variables de su ocurrencia.

2.2 PSICOPEDAGOGIA

La psicopedagogía es la rama de la psicología que se ocupa del estudio de los fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación más adecuada de los métodos didácticos y pedagógicos

A principios de siglo, un hecho relevante es el de la evaluación de la inteligencia, el establecimiento de los niveles mentales y la posibilidad de clasificación a partir de la escala Binet Simon (1892), del retraso mental. Idiocia, imbecilidad y debilidad mental. Binet en 1898, comenzó a observar a los niños bajo el punto de vista psicológico y pedagógico. Los tests permitieron a Binet y a su colaborador Simon establecer una escala métrica de tres a quince años, que constituyó la base de todas las investigaciones hechas sobre el desarrollo intelectual del niño y que fue publicada en el año de 1905. Binet fue encargado de construir un test que debía diferenciar entre los niños que podían beneficiarse de la educación y los que no lo harían

A partir de los tests de Binet-Simon tuvo lugar la revisión de Estanford y adaptaciones sucesivas, gracias a todo lo cual, el desarrollo y la psicología del niño han sido estudiados con precisión, de modo objetivo y científico y se ha dado a la psicología y a la psiquiatría un principio de medida, donde esta el origen de muchos procesos de la pedagogía moderna. En este sentido, Báez (1989-1992), afirma que una de las razones fundamentales que explican el nacimiento de la psicología escolar es ofrecer respuesta a la necesidad que tiene el sistema educativo de identificar y clasificar a los sujetos que requieren programas educativos especiales o alternativos, y que los trabajos pioneros realizados a principios de siglo por Binet en Francia, Burt en Inglaterra o Gessel en Estados Unidos son ejemplos del desarrollo de esta función diagnóstica. En resumen, la organización de la enseñanza de los llamados niños anormales

Ahora el nuevo concepto de educación especial requiere

La dotación de medios especiales de acceso al currículum, mediante un equipamiento, unas instalaciones o unos recursos especiales, la modificación del medio físico o unas técnicas de enseñanza especializadas

La dotación de un currículum especial o modificado.

Una particular atención a la estructura social y al clima emocional en los que tiene lugar la educación

La psicopedagogía es la combinación de currículum, enseñanza, apoyo y condiciones de aprendizaje necesarias para satisfacer las necesidades del alumno de manera adecuada y eficaz.

Puede constituir la totalidad o parte del currículum, puede ser impartida, individual o compartidamente, puede constituir parte o totalidad de su vida escolar, esto pone de manifiesto más, una metodología que una teoría

2.3 PEDAGOGIA CORRECTIVA

La pedagogía correctiva puede no sólo aplicarse a las personas susceptibles de recibir reeducación, sino que también es aplicable a su familia cuando el interno es dado de alta de su rehabilitación, para posteriormente, regresar a su centro penitenciario de origen; el interno puede continuar actividades educativas bajo supervisión del personal responsable para tal efecto.

Principalmente, entre el trabajador social, el psicólogo, el pedagogo y la familia, cuando se cuenta con la buena disposición del interno, puede fácilmente ayudarlo a lograr resultados positivos en su readaptación. No así, cuando su propia conducta le es indiferente o cuando está conforme con ella, o la sostiene de alguna manera en contra de las recomendaciones que se le hacen. Hoy en día, nos encontramos con un gran número de personas que fracasaron escolarmente hablando, que solo estudiaron los primeros años o ni siquiera estos, nos encontramos con menores que presentan conducta irregular, que cometen errores como el salirse de su hogar, intoxicarse, etc., esto debido principalmente a que en el hogar faltaron uno o varios de los factores necesarios para la buena orientación de los hijos. Factores que son, según Sheldon y Eleanor Glueck ("Unraveling Juvenile Delinquency"), el amor del padre para los hijos, el amor de la madre; la disciplina del padre, la vigilancia de la madre y la cohesión familiar, o sea, esta última, la solidaridad amorosa y permanente entre los miembros de la familia. Como consecuencia tenemos niños, jóvenes y finalmente adultos que por problemas familiares, demuestran: errores de conducta, descuido en la elección de sus amistades, falta de experiencia en el trato normal con sus semejantes, retraso escolar, falta de conocimientos prácticos y de formación en el carácter, de tal manera que pocas veces pueden convivir con personas que buscan la vida honradamente, ya que muy a menudo tienen indiferencia ante el aprovechamiento del tiempo libre, del valor de la escuela, del respeto a sus semejantes, etc.; todas las fallas anteriores y otras que se descubren en cada caso particular son las que deben corregirse. Las autoridades que intervienen en estos casos, tienden a usar medios represivos, punitivos o de dureza, en ellos, falta notoriamente la preparación y vocación. Percibidas las autoridades como enemigos, como contrarias, o simplemente como indiferentes ante los males que el sujeto sufre, quedan impedidas de hecho para dirigir o mejorar su situación; el interno solo puede ser dirigido si percibe afecto y comprensión de sus problemas, para fundar sobre tales sentimientos la orientación, la dirección, o la exigencia que deba ponerse en práctica para mejorarlo. Será superior la labor del pedagogo, si el sujeto siente que él en cierto grado "lo disculpa por sus errores", comprendiendo que son producto de sus carencias,

o son manifestaciones de protesta contra el autoritarismo, o resultado de falta de conocimiento. De ésta manera, el educador o maestro es visto como la persona en la que pueden confiar, que cumple junto con ellos deberes y le explica como ejecutarlos, que sabe hacer razonar, para corregir mediante el convencimiento y la conversación, que los actos cometidos son perdonados. a condición de que en lo futuro no se repitan.

El maestro, para practicar la pedagogía correctiva, debe saber ganar la ilimitada confianza del alumno, después de que él haya depositado la suya. Un momento de intolerancia, autoritarismo o provocación, pueden destruir en un solo momento todo lo construido con anterioridad.

La reeducación será difícil y más aún alcanzar los resultados de corrección que se desean. Entre los sujetos con alteraciones conductuales es fácil encontrar el abuso de la mentira y el engaño si se quiere utilizar el autoritarismo para educar, puede ser que se logre en una mínima parte, sin resultados duraderos. Así, se obedece lo que se ordena por presión, pero no se repetirá el mismo acto en ausencia del autoritario, cuando no está éste presente, el sujeto se siente liberado de la obligación que se le impuso. Por amenazas, malos tratos, exigencias irracionales, o bien han utilizado la mentira habitualmente para obtener beneficios que, de otra manera, les hubieran sido negados, se vuelven manipuladores y usan constantemente la simulación y la hipocresía.

Si el padre o la madre autoritarios no presencian la ejecución de los actos que ordenaron, el hijo puede mentir y, aunque no los haya cumplido, decir que quedaron ejecutados, con lo que provisionalmente se escapa de un regaño o de una golpiza. Si más tarde lo descubren, ya dependerá de la situación en que ello sea y podrá mentir nuevamente, decir que no recuerda, huir de momento, enfrentarse, o hacer bromas.

Dentro del desarrollo pedagógico correctivo existen reglas y técnicas que el maestro puede variar conforme a las características psicopatológicas del educando, algunas reglas están interrelacionadas entre sí y es conveniente que sean tomadas en consideración y ejecutarlas.

Las siguientes reglas van numeradas pero de igual forma pueden ejecutarse de acuerdo con las necesidades, pero sin olvidar que las primeras son base de las posteriores:

- No hacer mención de la falta cometida por el interno (causa de su internamiento), sino cuando él lo haga. Aprovechar el momento para demostrar confianza en él y para orientarlo debidamente. aconsejarle que no las vuelva a repetir.

- No rechazar al alumno por su conducta o sus defectos, ni en ningún otro caso. - - Explicarle con claridad las razones por las que algo no debe hacerse o repetirse, pero sin que él se sienta no aceptado.
- Estimularlo a tener confianza y a sentir amistad, hacer seguro de si mismo, inicie nuevas amistades y las cultive
- No desconfiar del interno, que a menudo está lastimado por la desconfianza de los demás, ni darle exceso de confianza, que también es dañoso.
- No usar autoritarismo
- Evitar toda imposición y todo forzamiento.
- Tomar siempre ante los alumnos una actitud alegre y de estímulo para ellos.
- Reconocer lo que ha logrado y felicitarlo
- Darle educación ético-social. Metas: amar el trabajo, crearle sentido de responsabilidad; apreciar a otros, solidarizarse; enseñarle que toda conducta tiene causas y consecuencias.
- Enseñarlo a conservar sus propias cosas.
- Enseñarlo a respetar las cosas ajenas
- Apoyarlo ante sus penas e inquietudes, orientándolo hacia la superación.
- Despertar el interés del alumno para que las labores temporales o habituales las realice con gusto.
- Debe despertarse la satisfacción del alumno por el deber ya cumplido, para enseñarle a superarse constantemente
- Ante el fracaso total o parcial del interno en un trabajo o comisión, hay que afirmarle que el trabajo está bien, pero que más tarde le saldrá mejor.
- No olvidar que, en vez de reprochar la inexperiencia o el error, debemos ayudar al alumno a que se desarrolle en plenitud dentro de sus propias posibilidades
- Razonar con el alumno para que aprenda por si mismo, se capacite y no dependa innecesariamente de sus familiares, amigos, ni de la caridad pública. Así, será autosuficiente para vencer sus propias dificultades y para cubrir sus necesidades, ganará satisfacciones y la confianza de los demás.

- Explicar cada orden que se le dé, con razones existentes para ello.
- Aclarar todo lo que se enseñe para que no haya aspectos oscuros, malentendidos por algún alumno
- Enseñarle a practicar la higiene.
- Educar y perfeccionar su coordinación motriz.
- Educar sus sentidos.
- *Implantar gimnasia correctiva para los que la necesiten.*
- Dirigir la labor del interno hacia cosas provechosas y elogiar lo logrado.
- Explicar el porqué de toda orden o recomendación para que todo alumno la entienda.

El personal que atiende al interno debe estar actualizado y capacitado de acuerdo con la época, en lo psicológico y sociológico, debe capacitarse para que sepa en que consiste su labor, la de sus compañeros de equipo *interdisciplinario*, así como los objetivos de la institución; tener conocimiento básico de la edad evolutiva del ser humano, ser capaz de detectar las variaciones conductuales que están fuera de la normalidad a pesar del estado psíquico, debe conocer como cuidar el bienestar del educando y que métodos aplicar para lograr que progresen. Es importante que el educador observe un *comportamiento ético y profesional*.

Para crear un ambiente responsable, en toda corrección pedagógica, se hace indispensable que los internos se mantengan ocupados, inclusive en días y horas de descanso, en que deben practicar deportes, actividades y diversiones para evitar el ocio; los internos sobre todo de nivel secundaria, suelen pasar un buen número de horas en la biblioteca, estas actividades permiten observar las diversas reacciones de los internos

Contrariamente a lo acostumbrado en sus centros penitenciarios de procedencia, en el CEFEREPSI se concientiza al interno de que en la vida tiene uno que desarrollar trabajos que no siempre son agradables como el estudio, pero que de no realizarse causan múltiples daños y nuevos desagrados a quien no los cumple por ser parte de su proceso rehabilitatorio. También hay actividades rutinarias que implican ciertas resistencia, pero todo ello puede cumplirse placenteramente, si se les explica su utilidad.

La labor docente tiene como centro la figura del maestro, que lleva a la práctica la enseñanza y la orientación de los internos, con la colaboración de asistentes responsables de la seguridad durante el tiempo que dure la sesión

terapéutica (sesiones académicas) Así como también ejecuta la planeación, organización, seguimiento y evaluación de los programas para los internos en forma individual y grupal, permitiendo obtener la mayor calidad del trabajo correctivo en cada uno de los integrantes para ver la conveniencia de utilizar o modificar nuevas acciones terapéuticas en favor de los internos, así como de una resolución unitaria de lo que debe hacerse para cada caso.

Entre los programas están los académicos que incluyen las asignaturas por grados y niveles que al llevarse a cabo deben ser adaptados a la persona, conforme a lo que se quiere corregir en su medio habitual.

El ideal de la pedagogía correctiva es educar para la vida práctica, cuidando sus intereses y los de la sociedad, sin dejar de atender la parte del desarrollo armónico y cultural, logrando el equilibrio entre lo físico y lo psíquico

Si tomamos en cuenta que la pedagogía correctiva tiene que trabajar para llenar tardíamente todas las deficiencias y corregir errores de la educación familiar, social y escolar del sujeto, podrá verse también que debe llenar los campos que se dejaron incompletos. Por eso, la exploración pedagógica que implica el estudio previo de la personalidad, tiene una gran importancia, particularmente cuando se descubre la parte que fue descuidada en su desarrollo; posteriormente, se podrá encausar el trabajo de la pedagogía terapéutica.

La pedagogía correctiva debe tomar de la pedagogía general muchas de sus características, considerando que la mayoría de los internos son analfabetas, desertores escolares, sujetos que enfrentan el olvido de muchos de los conocimientos previos, y en general, atrasados no solo en su maduración general y emocional en particular, sino en muchos aspectos evolutivos de su personalidad. En la pedagogía general se prepara material didáctico para todo el grupo y en la pedagogía especial se prepara material didáctico para cada alumno, en especial para aquellos internos que presentan secuelas en el sistema nervioso a causa del abuso de diversos tipos de drogas consumidas por el interno durante su vida, así como el uso de fármacos en su tratamiento, ya que se trabaja con mucha más atención por sus problemas de lenguaje y atención dispersa, entre otras; para también corregir las incongruencias e irregularidades de su personalidad

El maestro debe ir descubriendo gradualmente la posibilidad del alumno de realizar lo esperado; saber qué puede ser captado por él, según su grado de desarrollo, de madurez general y específica, procesos de adquisición de nuevos conocimientos de aprendizajes académicos o la conservación de los mismos, amplificación positiva y eliminación de sentimientos y actitudes negativas, técnicas, capacidades, conductas, métodos y pruebas del ámbito físico, intelectual, afectivo, sexual, instintivo, familiar, social, moral y religioso (satisfactorios). Se corre el riesgo de fracasar por la falta de un solo factor que

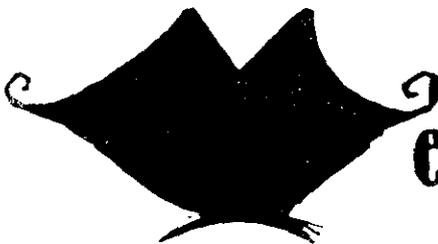
rompe la interacción y puede ser físico, intelectual, caracteriológico, moral, pedagógico o social.

No puede mejorar el educando sin su voluntad, "hay que conquistarla".

La modificación de conducta se basa en las diferentes versiones del modelo conductual del comportamiento. Las conductas se aprenden, se mantienen y se modifican con los mismos principios, independientemente que se las considere como "normales" o "anormales", "sanas" o "enfermas". Por lo tanto, la conducta desadaptativa puede sustituirse por otra conducta adaptativa. Ahora bien, es preciso aclarar que no todas las conductas anormales son básicamente el resultado de experiencias de aprendizaje. Algunos trastornos psicóticos y el retraso mental poseen determinantes orgánicos (Willson y O. Leary, 1980). Por lo que el énfasis en la historia de aprendizaje del individuo no quiere decir que ignoren los factores genéticos y orgánicos. Mas bien se entiende, que constituyen una limitación estructural sobre la que operan los factores de aprendizaje en la determinación de la conducta (Carrobes, 1985) o como una predisposición a responder de cierta manera que interactúa con las experiencias de aprendizaje (Eysenck, 1982).

Son varios los objetivos que se nos pueden plantear para trabajar con personas discapacitadas mentalmente. pueden recibir entrenamiento en habilidades académicas tales como atención a las tareas, lectura, o en habilidades de interacción social para vivir semi-independientemente. Dichas necesidades tienen implicaciones a la hora de elegir los procedimientos adecuados. Contamos para ello dentro del enfoque operante, con procedimientos para

Adquirir conductas, fortalecer conductas, eliminar conductas, sin embargo, recordemos que el trabajo en la práctica pedagógica debe arrancar de lo más sencillo, hasta llegar a lo más complejo donde se verían aspectos de la pedagogía terapéutica propiamente dicho



el enfermo mental

2.4 PEDAGOGIA TERAPEUTICA.

A través de estudios e investigaciones sobre niños "atípicos", se asentaron lentamente los principios básicos de la Pedagogía Terapéutica. Estos estudios, se iniciaron en España por obra de Francisco Pereira, quien promueve las primeras publicaciones, las primeras instituciones, los primeros organismos que ponen en marcha el proceso histórico (principios del siglo XX); en 1902 la aprobación del Reglamento del Colegio Nacional de Sordomudos Ciegos y Anormales; 1920, la creación del Patronato Nacional de Sordomudos Ciegos y Anormales que después serían patronatos diferentes para sordos, ciegos y anormales; 1925, la creación de la Escuela Nacional de Anormales; desde este momento, hay un cambio de actitud hacia las personas disminuidas como personas educables ; en cuanto a la intervención interdisciplinaria que incide a nivel médico psicopedagógico y de asistencia social ; partiendo de la detección y diagnóstico precoz, podemos encontrar una planificación educativa, en base a la identificación de las necesidades y la planificación de las respuestas a esas necesidades, de la forma de intervenir y la forma de enfocar el final de la educación, así como preparando una tarea laboral y una inserción en la comunidad.

En general, en Europa, en Estados Unidos y en todos los países incluyendo a México, desde luego, los pedagogos, los psicólogos y los psiquiatras han unido esfuerzos para mejorar la situación del niño delincuente. Se ha dado importancia a la educación sensorial y motora.

Se ha encaminado toda acción a la búsqueda de una vida sensorial y normal. En Italia María Montessori tradujo los trabajos de Itard y Seguin, fue a Francia a visitar al médico Bourneville; trabajó en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Roma y entra en contacto con las personas deficientes a través de las visitas realizadas a instituciones, asilos y manicomios, donde eran atendidas. En seguida percibe que la deficiencia mental no es un problema médico sino pedagógico y organiza la escuela ortofrénica para su curación. Su principio capital es el de la espontaneidad, dejando libertad para el juego autoeducativo, basado esencialmente en la educación de las sensaciones táctiles y cinestésicas y el dibujo libre como expone en su manual práctico del método que fue publicado en 1939.

Históricamente, viene después, el problema de las definiciones de los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, que se presentan en sus características esenciales en el cuadro con los siguientes tres niveles diferenciados por estos conceptos que son la principal aportación de la clasificación, pues se realizó un importante esfuerzo de unificación de las clasificaciones que existían previamente.

CUADRO 1.

ENFERMEDAD O TRANSTORNO → USO DE MEDICAMENTOS, ATRASO INTELECTUAL Y MOTOR, USO DE DROGAS

(Situación Intrínseca) (Estereotizada) (Objetivizada) (Socializada)

Esta manera de representar los conceptos parece que alude a una progresión lineal a lo largo de toda la secuencia, pero la realidad es la compleja. Hasta un 50 por ciento de casos de retardación mental tienen más que una posible causa. La nueva investigación eliminó la distinción entre las causas biológicas y psicosociales a favor del enfoque en el factor de riesgos múltiples. Este enfoque integra los factores psicosociales y biológicos que al interactuar en las diferentes etapas de desarrollo contribuyen a la incapacidad. El enfoque de factor de riesgos múltiples aumenta la lista de las causas de retardación mental en cuatro categorías. 1

BIOMEDICA- Factores que se relacionan a procesos biológicos, tales como desórdenes genéticos o nutrición.

SOCIAL- Factores que se relacionan a la interacción social y familiar, tales como la estimulación y la reactividad adulta.

DE CONDUCTA- Factores que se relacionan a la posible conducta causal, tales como las actividades perjudiciales o el abuso materno de sustancias químicas.

EDUCACIONAL- Factores relacionados a la disponibilidad de apoyos educacionales que promueven el desarrollo mental y de habilidades de adaptación.

El enfoque de factor de riesgos múltiples aumenta la lista de las causas de retardación mental y los categoriza por su aspecto intergeneracional como sigue:

PREVENCION PRIMARIA.- Se refiere a las acciones que ocurren antes del comienzo del problema y que pueden detenerlo antes de que ocurra, como programas preventivos del abuso de drogas o alcohol por parte de la madre, éstas acciones pueden ser dirigidas principalmente a las personas que, como padres, pueden poner sus hijos en riesgo de retardación mental.

PREVENCION SECUNDARIA- se refiere a las acciones que reducen la duración, o que curan los efectos de problemas existentes. Estas acciones pueden dirigirse a las personas con condiciones existentes que las ponen en riesgo de retardación mental.

PREVENCION TERCIARIA- se refiere a las acciones que limitan las consecuencias adversas de los problemas y mejoran el nivel de mejoramiento del individuo en programas para aptitud física, educativa o vocacional, éstas acciones están generalmente dirigidas a los individuos que ya tienen retardación mental.

La identificación del ambiente óptimo provee un sistema de referencia en el cual puede compararse el ambiente presente y el futuro. Un ambiente óptimo o saludable tiene tres características

PROVEE OPORTUNIDADES- en la vida, el trabajo, la educación, en la recreación y el uso de tiempo libre

FOMENTA BIENESTAR- físico, material, social, ocupacional, en las actividades de ocio y en la percepción cognoscitiva.

PROMUEVEN ESTABILIDAD- para ampliar el aprendizaje, las amistades, el sistema de apoyo social y el sosiego mental.

Para evaluar las características ambientales es necesario observar al individuo en los distintos ambientes. ocupacional, educacional y en su vida diaria, y responder a las preguntas siguientes.

-QUE HACE LA PERSONA

-DONDE LO HACE

-CUANDO LO HACE Y CON QUIEN

-QUE OTRA COSA DESEA HACER LA PERSONA

cfr. La retardación Mental:Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo, 1992

CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION (PAMPD).

PREVENCION significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se ha producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas

REHABILITACION es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida

EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad- tal como es el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo- se hace accesible para todos.

En el capítulo II se analiza la situación actual destacando los problemas especiales a los que han de hacer frente los países en desarrollo.

En el ámbito educativo la mayoría de las personas con necesidades educativas especiales no reciben educación especial; en cuanto a cuestiones sociales se declara que la participación social suele negarse a estas personas confinándolas a instituciones de reclusión o relegadas en sus propios hogares, debido a barreras resultantes de la ignorancia y despreocupación; en el ámbito del empleo se les niega o solo se les ofrece un trabajo servil y mal remunerado. El capítulo finaliza proponiendo un nuevo orden de fortalecimiento de la economía y la transferencia de tecnología a los países en vías de desarrollo para beneficio de la población en general y de las personas discapacitadas. Se propone también modos de aprovechar el desarrollo económico y social para la prevención de deficiencias y el tratamiento de las discapacidades a través de:

- La capacitación del personal;
- la mejora de capacidad local, de ayudas técnicas;
- el establecimiento de servicios a nivel nacional y comunitario,

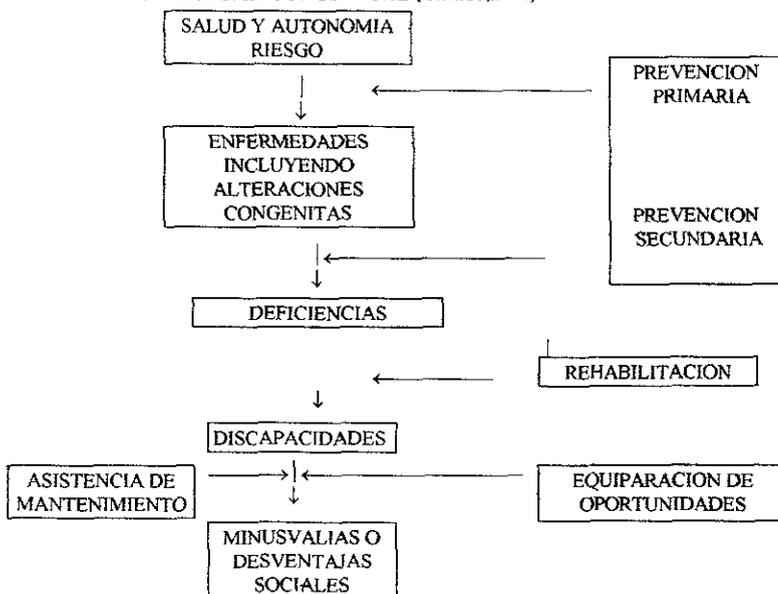
- la creación de servicios de orientación profesional, de capacitación para el trabajo y aumento de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad

El capítulo III, esta dedicado a la investigación, control y evaluación. El primero, aconseja la realización de estudios sobre aspectos socioculturales, etiológicos, prevalencia, incidencia, ayudas técnicas, aspectos médicos, psicológicos, entre otros.

En cuanto a control y evaluación, se expone la necesidad de realizar evaluaciones periódicas, de la situación de las personas con discapacidad y de los programas relativo a estos, así como de analizar la evolución de la situación económica y social mundial para realizar ajustes al propio PAMPD.

El PAMPD fue editado en su versión española por el Real Patronato de Asuntos Sociales, cinco años después de su primera edición con correcciones y adaptaciones al español por su autor Pedro Robertto Cruz Botti. Lo cierto es que el programa sigue siendo tan solo una aspiración, hace falta: voluntad política, actitud y labor reivindicada por parte de las organizaciones responsables de personas con necesidades educativas especiales, que el PAMPD sea tomado en cuenta en su valor integral y vigencia, así como difundirlo al máximo como elemento educativo y propagandística.

CUADRO No. 5 SISTEMA CONCEPTUAL (Casado,1990.)



En el cuadro se marcan los niveles de prevención, se entremezclan dos niveles de actuación, uno, previo a la aparición de la deficiencia coincidente con el concepto de prevención primaria, y que consistiría en la evitación de la deficiencia quedando bien establecido su margen de acción, y un segundo nivel, que podríamos denominar como "prevención secundaria" que coincide con la definición de prevención secundaria, ofrecida por la clasificación internacional y que "va destinada a impedir que las deficiencias tengan consecuencias negativas" quedando situado entre deficiencia y discapacidad, superponiéndose, así, al concepto de rehabilitación, lo que lleva a confusiones. Finalmente, también se critica la inexistencia de un apartado sobre los servicios de mantenimiento y protección personal que requieren las personas gravemente afectadas o con discapacidades incompatibles con la vida independiente.

Del sistema conceptual y terminológico, el diseño de estrategias de intervención y las líneas de actuación y medidas propuestas por la CIDDM, el PAMPD en los 80' alcanzan continuidad y profundización en los acuerdos de la ONU y el consejo de Europa en los 90'.

En el documento, una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía (1992), como modelo de política de rehabilitación e integración para las autoridades nacionales, adaptada a los progresos científicos, tecnológicos y de gestión. La política para personas discapacitadas ha de basarse en los principios de:

- a) prevenir o eliminar la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias,
- b) garantizar una participación plena y activa en la vida social en las personas con discapacidad, y
- c) ayudar a las personas con discapacidad a llevar una vida autónoma, según sus propios deseos.

Para garantizar la ayuda que necesitan, el texto establece objetivos precisos para las siguientes áreas:

- 1) Prevención y educación para la salud.
- 2) Identificación y diagnóstico.
- 3) Tratamiento y ayudas terapéuticas.
- 4) Educación.

- 5) Orientación y formación profesional
- 6) Empleo.
- 7) Integración social y entorno cotidiano.
- 8) Protección social, económica y jurídica.
- 9) Formación del personal relacionado con el proceso de rehabilitación e integración.
- 10) Información.
- 11) Estadísticas e investigación.



De todas las áreas citadas, destaca la orientación y formación profesionales, la protección social, económica y jurídica, y la formación del personal relacionado con el proceso de rehabilitación e integración por no haber recibido la atención adecuada en otros documentos; el texto tomó en cuenta también el fin del milenio para despedirlo con el logro de objetivos a largo y medio plazo, poniendo en marcha acciones concretas que se exponen en el siguiente cuadro

CUADRO No. 6 EL CONCEPTO ESTRATEGICO HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODOS. DE LA CONSCIENCIA A LA ACCION"

OBJETIVO A LARGO PLAZO

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Incremento del bienestar de las personas con discapacidad | | |
| SATISFACCION DE NESECIDADES | PLENA PARTICIPACION | EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES |
| INDEPENDENCIA | | AUTODETERMINACION |
| ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTEPRERREQUISITOS | | |
| PREVENCION EFICAZ | REHABILITACION PARA QUIEN LO NECESITE | |
| SOCIEDAD PLENAMENTE ACCESIBLE | ADECUADOS SERVICIOS DE APOYO | |

OBJETIVOS A MEDIO PLAZO

| | | |
|--|---|--|
| Basados en los Derechos Humanos | | |
| → → → -P:A:M | → → → | → → → |
| <ul style="list-style-type: none"> -Salud para todos -Educación para todos -Convenciones de la Oficina Internacional del trabajo -Convención sobre los derechos del niño | <p>-NORMAS ESTANDARIZADAS para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad</p> | <p>METAS CONCRETAS PRIORITARIAS PARA LOS 90</p> <ul style="list-style-type: none"> -Legislación -Rehabilitación comunitaria -Vida independiente -Derechos Humanos -Control y coordinación -Prevención 1ª y 2ª |

| | | | | | |
|-----------------------|---------------------|------------|---------------|------------|-------------|
| INTEGRACION EDUCATIVA | COOPERACION Y TIPIA | DISPERSA | DEPENDIALIDAD | CONCIENCIA | INFORMACION |
| INTEGRACION | INTEGRACION | COORDINADA | GRUPO | CONCIENCIA | RECURSOS |

RESULTADOS CONCRETOS ESPERADOS**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

| | |
|---|--|
| <p>Políticas, programas y proyectos integrados a nivel nacional</p> <p>Tránsito migratorio</p> <p>Rehabilitación integral a la comunidad</p> <p>Adecuada regulación sobre discapacidad e integración</p> <p>Organización de instituciones para personas con discapacidad</p> <p>Atención en actividades</p> <p>Mejora de instalaciones para una vida independiente</p> <p>Aumento de ingresos para atención de discapacitados</p> <p>Mejora de servicios sociales, educativos</p> | <p>División de la información</p> <p>Comités de trabajo</p> <p>Comités</p> <p>Grupos de trabajo para la formación de políticas</p> <p>Cooperación técnica y transferencia de proyectos</p> <p>Comités</p> <p>Unión de organizaciones</p> |
|---|--|

INSTRUMENTOS

| | | |
|---------------------------|----------------------|---|
| Normas estandarizadas | Redes de información | Recursos financieros y personales |
| Directrices políticas | Redes de cooperación | Organizaciones de comunidades y organizaciones no gubernamentales |
| Manuales | | |
| Paquetes de entrenamiento | | |

ACTIVIDADES DE APOYO

| | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Control | Establecimiento de estándares | Servicios de orientación | Campañas de concientización |
| Análisis de políticas | Directrices y confección de manuales | Paquetes de entrenamiento | Apoyo financiero |
| | | Difusión de información | |

El análisis de las actitudes hacia las personas con discapacidad, tiene gran importancia en la actualidad. Todas las actitudes predominantes en un momento dado del pasado siguen presentes en cierta medida, en los contextos profesionales y de la comunidad. Sin embargo, las actitudes han sido y son distintas según el tipo de deficiencia del que hablemos. Además, existen claras diferencias socioeconómicas, culturales y geográficas; en esas actitudes que originan distintas manifestaciones en los estados, los grupos sociales y los individuos.

En el campo educativo, se ha huido de la utilización de términos descalificadores eliminando progresivamente todo etiquetado generador de marginación y de actitudes segregadoras llegando en nuestros días a diluir lo "especial" en el "curso general" del sistema. La tendencia a la integración de la persona hace que desaparezca la necesidad de su clasificación y etiquetación, que anteriormente, eran las piedras angulares del sistema educativo (verdugo, 1934). El sistema educativo hoy debe valorar las necesidades educativas de cada alumno, y son muchos quienes tienen necesidades educativas especiales, entre los cuales están aquellos que denominamos deficientes o retrasados. En último término, algunos autores (Landesman y Ramey, 1989), reclaman la desaparición de las etiquetas del retraso mental como categoría diagnóstica, clínica, sustituyéndolas por evaluaciones y descripciones que reflejen una visión más integrada de la historia ambiental, biosocial, y de las competencias ordinarias, de cognición, adaptación social, y estatus emocional de los sujetos. Todo ello dirigido y, únicamente justificado por la obtención de datos útiles para la educación.

Un aspecto importante es la educación de los impulsos. En virtud de que la mayoría de los enfermos mentales, obran por impulsos instintivos o emocionales, muchas veces no tienen conciencia de cuando su agresión es contra sí mismos, contra su familia o en contra de amigos o conocidos. La educación que a este respecto se les dé, dentro del programa de pedagogía terapéutica, tenderá a disminuir lo impulsivo de su conducta, aumentando su conciencia respecto de cada uno de sus actos. Es decir, la pedagogía terapéutica tiene por finalidad, entre otros, la de proteger al enfermo mental, contra sí mismo y proteger a los demás contra de las conductas impulsivas propias del reeducando. Por tanto, no solo debe educársele, para hacerlo cada vez más consciente de su conducta, sino acercarse a su familia y ayudarla a mejorar también las conductas emocionales y experiencias de la vida en los diversos sectores de su personalidad. Cuando su inteligencia todavía está en desarrollo y predominan sobre ella, normalmente, las emociones y los instintos, sean sanos o perturbados, les faltan conocimientos por adquirir, en mayor medida, cuanto menor sea su escolaridad, no tienen conocimiento ni interés por saber las causas y las consecuencias de sus hechos personales, o de las cosas o situaciones humanas por las que atraviesan y, en

consecuencia, no tienen comprensión de los alcances de sus actos, de los hechos en que participan, ni de sus situaciones, mismos que debe hacerse conscientes mediante las clases cotidianas, otro aspecto de la pedagogía terapéutica, lo encontramos en la educación moral, la cual frecuentemente se relaciona con la educación religiosa.

Debemos recordar que la religión, rige las relaciones, principalmente de naturaleza espiritual, entre el individuo y la divinidad. En cambio, la moral rige la relación del hombre con sus semejantes, que puede ser de índole material o psíquica, pero casi siempre de tipo práctico. La educación moral se ha descuidado muy profundamente en las escuelas en general y particularmente en la aplicación de la pedagogía terapéutica. No hay que confundir la profundidad de los conceptos morales: no dañar a otro, dar a cada quien lo suyo, y, vivir honestamente, con la aparente superficialidad de la cortesía, sobre todo cuando se sabe que toda forma corresponde a un fondo y que todo fondo se presenta con una forma exterior, aunque durante la adolescencia, suelen presentarse con gran frecuencia incongruencias entre el fondo y la forma, como entre el pensar, el hablar, el sentir y el actuar.

Es base para la reeducación de personas con desorden conductual, recordar que siempre hay una relación que puede hacerse objetiva entre la forma y el fondo de la situación que vive un individuo. El niño sucio y descuidado habitualmente (forma), casi siempre muestra su abandono, (fondo), en tanto que la persona bien presentada y limpia, demuestra que le está siendo otorgado el cuidado, y posiblemente, la atención y cariño de sus familiares. La presentación de los internos de un penal y la de su personal denuncia el grado de descuido en que se encuentran los factores de forma y fondo en que se encuentra las actividades de la institución, puede verse la colaboración, buena administración o bien puede verse la corrupción, tiranía o el maltrato.

Es necesario, antes de entrar en materia, recordar que son pocos numerosos los lugares que debieran aplicar pedagogía correctiva en alumnos menores de 14 años, no solo porque se observa estadísticamente el aumento de la conducta irregular o desviada conforme avanza la adolescencia, sino también porque las intensas y notables transformaciones de esta edad evolutiva conducen a los menores no solo a conflictos internos sino a externos, en virtud de la constante experimentación al ir descubriendo sus nuevas potencialidades. Este fenómeno pone a prueba la formación moral e intelectual que recibió el niño, y como resultado solo prevalecen en la personalidad las viejas experiencias, los conceptos ya reafirmados, en tanto que las ideas recientes y las experiencias insuficientemente practicadas, tienden a ser sustituidas por otras. La población de los centros de readaptación está caracterizada principalmente por fallas más o menos importantes en la moralidad, en la adaptación social, en la escolaridad, en el aprendizaje del trabajo o en la vida familiar, de tal manera que generalmente se observa

analfabetismo, retraso escolar, y aun la deserción, que produce por efecto la incapacidad del sujeto para convivir pacíficamente en sociedad, para luchar por la vida normalmente, o para resolver los conflictos de manera constante que se presentan en ella

El método y las técnicas que el maestro emplee, deben ser tales, que reduzcan el problema a la mínima proporción, de tal modo que no haya factores interferentes en el aprendizaje. Debe darse a querer y admirar por el alumno, para que pueda emplear su autoridad moral a favor del educando.

El maestro debe hacer agradable la adquisición del conocimiento. Cualquier desagrado, reproche, regaño, al alumno, lo aleja del maestro y prepara su fracaso. Por ello es muy importante que el maestro no plantee problemas imposibles de resolver, y que estos tampoco sean tan sencillos que no constituyan atractivo para el alumno. No debe escatimar en su caso, el justo elogio al alumno que a cumplido adecuadamente.

Pero, tanto el maestro como el medio en que se ha de desenvolver su labor, estarán acordes para provocar la imitación del alumno en forma permanente. Por tanto, se impulsará la formación de modelos de conducta que él pueda imitar sin ningún temor. Se corregirán algunos hábitos y errores. La enmienda reunirá tres condiciones: a) Basarse en reglas exactas que no puedan inducir a confusión; b) expresar cada una de las sesiones en breves palabras completamente claras; c) que toda regla se acompañe de actividad para que su utilidad sea indudable y se sepa cómo aplicarla.

Todo en la práctica pedagógica debe arrancar de lo más sencillo a lo más difícil, usando el conocimiento que ya ha sido dominado, se podrá basar en su aplicación, agregando alguno nuevo, en dificultad creciente, de tal manera que cuando sea necesario se combinen, formando un todo más complejo, que el alumno, ya preparado, podrá dominar.

Las explicaciones que el maestro de al alumno, deben tener como base que las palabras usadas tengan el mismo sentido y el mismo valor. Para eso se recomienda utilizar con frecuencia el diccionario, de tal manera que el alumno sepa usarlo y encuentre en él, sentido de lo que el maestro le habla, para evitar el abuso de la memoria, se asegurará el profesor de que el alumno ha entendido el sentido de cada una de las experiencias tenidas y comprendido la trascendencia que tiene el nuevo conocimiento.

Particularmente en el área de la pedagogía correctiva, hay necesidades de proceder con lentitud, esperando a que el alumno esté firme en un conocimiento para otorgar cualquier otro a futuro; si el alumno no está firme, habrá que ayudarlo, en vez de bloquearlo con regaños.

El conocimiento que se otorgue al alumno será el adecuado a su grado de preparación, además de ameno para obtenerse la comprensión del problema, haciendo la enseñanza objetiva y utilizando para ella materiales que permitan ser tocados, escuchados, vistos con detalle y experimentados por el alumno. No olvidar que la capacidad de todo alumno aumenta con la edad, si se le dan los conocimientos de dificultad creciente en cada materia que le permita adelantar fácilmente.

Se ha dicho que el alumno pierde en los primeros tres años de su vida grandes cantidades de absorción del conocimiento y que, en cambio al aumentar su experiencia, aumenta la comprensión de lo estudiado. Esto hay que tomarlo en consideración, ya que el alumno no podrá aplicar con éxito ningún conocimiento que no tenga suficiente madurez.

Los errores que cometen los alumnos deben ser corregidos sin entrar en conflicto con ellos, sin gritar, insultar, golpear o reprobar públicamente, debe haber adhesión y afecto del maestro al alumno, sin llegar a ponerse a igual altura; sin que el alumno sienta que el maestro es su igual.

Si bien es cierto que ante el derecho, maestro y alumno son iguales como seres humanos, también lo es el que el maestro debe conservar moral y socialmente su calidad. Gracias a sus funciones de preceptor

Los conocimientos más firmes son los que se comprueban por medio del oído y de la vista, del olfato y del sabor, con el tacto y el sentido de orientación, de tal manera que se facilite la función de la memoria mediante la experiencia y la experimentación.

Una vez, que el maestro a empezado a utilizar determinado método, no debe cambiarlo por otro, sobre todo si el alumno no tiene inteligencia normal o estudios avanzados. La diversidad de métodos y técnicas confunde al alumno, lo que debe evitarse a toda costa, sin embargo, cuando hay que enseñar actividades tan diversas como las artísticas, las de educación física, las de ciencias, etc., se verá que cada actividad requiere su método y sus técnicas propias para evitar que el alumno se confunda

En relación con los alumnos que tienen problemas de conducta irregular, al igual que con cualquier alumno de una escuela común, el maestro tiene que ir descubriendo aptitudes e intereses, así como sus gustos, tendencias y conocimientos. Cuando el maestro se enfrenta a los alumnos de conducta irregular, no le debe extrañar que se inclinen a actividades destructivas, que busquen los caminos más fáciles y que no tengan interés aparente en los problemas que más se le dificulten. Tampoco debe sorprenderse de los brotes psicóticos en los que puede caer el individuo debido a su psicopatología propia

No podemos dejar de insistir en que la educación que se imparta en cualquier centro de reclusión debe tener, cuando menos, cinco aspectos por practicar cada día:

- 1, -Cuidar el aspecto general de la institución.
- 2.-Impartir educación laboral, para que en cada taller se logre la mejor preparación para el trabajo, en cada uno de los internos.
- 3 -La educación académica debe corresponder al grado escolar y a las capacidades de cada alumno de acuerdo al diagnóstico pedagógico
- 4 -Recibir educación física.
- 5.-En educación artística, que los alumnos practiquen libremente el arte en que tengan mayores capacidades, según su vocación.

La escuela formal se ha desentendido casi siempre, de dar educación sexual desde temprana edad y los padres de familia se muestran tímidos, principalmente cuando ignoran los principios de esa educación; por su parte los médicos familiares no se atreven a entrar en estos temas sin previa petición de los padres de familia, de esto resulta que la inmensa mayoría de varones y mujeres quedan completamente a expensas de lo que aprenden de manera incorrecta en la calle, en pláticas con sus compañeros de juego o de clase y hasta en los medios de comunicación

La educación sexual, debe tener por finalidad salvar al individuo de errores y compromisos que le pueden traer complicaciones al contraer enfermedades venéreas, o de tener hijos prematuros, no deseados o problemas que no podrá resolver como el SIDA.

Por otra parte para obtener el equilibrio de la personalidad, la educación sexual debe ser cuidadosamente orientada mientras se pretenda sugerir una línea de conducta en relación a su sexo, puede educársele siguiendo reglas que son fundamentales:

- a) Decir siempre la verdad sobre la cuestión sexual.
- b) Ser especialmente delicado al decírla para no herir ni ofender
- c) No debe quedar ninguna pregunta sin respuesta.
- d) No dar respuesta, ni abordar el tema sexual sin previa pregunta. Ha este respecto debe recordarse que la pregunta no siempre debe ser verbal; puede interpretarse como pregunta una sonrisa maliciosa, una risa de burla, unos

ojos asombrados, una actitud tímida o el cambio brusco de color en la cara, ante hechos sexuales que han impactado, etc ,

e) La verdad debe ser dicha con plena objetividad

f) Las recomendaciones que se hagan deben ser objetivas, diciendo los resultados posibles en caso de que se practiquen o de no hacerlo.

2.5 LA RELACION ENTRE PEDAGOGIA, SISTEMA PENITENCIARIO Y ALTERACIONES ESPECIFICAS DE LA CONDUCTA

Las personas con desórdenes emocionales y conductuales son más susceptibles de cometer delitos , llegan a estar a disposición de la policía, ministerio público, los consejeros de menores o jueces, frecuentemente, padecen carencias afectivas y materiales, y casi siempre abandonos de diversas importancias, tienen las mismas características de todos los niños y adolescentes, pero agravadas por la violencia dentro y fuera del hogar que han recibido casi permanentemente, aprenden a defenderse y a atacar, sin distinguir las oportunidades para unas y otras. Los niños y adolescentes en general, son personas en desarrollo, sin experiencia y con una inteligencia también en evolución

En ellos predominan las emociones, que son las que permanecen guiando sus impulsos y la mayoría de sus actos Según que asistan o no a la escuela tienen mayor o menor grado de conocimientos, pero les faltan muchos por adquirir para poder compararse con un adulto Esta misma ignorancia hace que no tengan ningún interés para saber las causas, antecedentes o consecuencias de los hechos, cosas o situaciones a las que se enfrentan. Por tanto, no tienen la comprensión de los alcances futuros en cada caso.

Muchos individuos, debido a situaciones patológicas en lo biológico o en lo social, permanecen ignorantes y ante los requerimientos prácticos de la vida los conduce a afirmar que sí quieren entender, pero están gravemente sujetos a errores y malas interpretaciones. Con ello, nos demuestran que no tienen la precisión ni la objetividad adulta en lo que dicen querer o entender. El pedagogo debe tomar en cuenta estas situaciones generales de la niñez y de la adolescencia, que aparecen agravadas en la juventud y edad adulta, sobre todo en los casos que de menores fueron abandonados, agredidos sexualmente, golpeados, en condiciones que varían al infinito.

Todo lo anterior captado por el maestro que practica el trabajo pedagógico, debe hacerlo con una firme aptitud de paciencia y comprensión, para irles enseñando las formas correctas de obrar, que corregirán las incorrectas, que estos practican a pesar de lo tardío.

El sistema penitenciario debe implementar programas y actividades que apoyen al mejoramiento o detenimiento del avance de los desórdenes psíquicos que están enfrentando los internos, dichos programas de los que ya hemos hablado en los dos capítulos anteriores referentes a la pedagogía correctiva y terapéutica; en cada caso, el interno podrá afinar su sensibilidad, además de propiciar la oportunidad y la firmeza de sus respuestas ante el estímulo de la atención especializada en todas sus áreas. Labor que fracasará necesariamente si el especialista no ha sido previamente educado y demuestre amor a su profesión y su inclinación vocacional hacia sus funciones, ya que si no se atiende a las necesidades del interno con alteraciones en su conducta, en sus intereses y habilidades, se desequilibra aún más su personalidad, maduración y llega a pervertirse, en formas que varían de sujeto a sujeto, al grado de centrarse la atención en su persona solo hacia su vigilancia de conductas adversas de manera excesiva, castigos y agresividad, lejos de aprender un adecuado tratamiento de rehabilitación, en colaboración de todo un equipo multidisciplinario

El descuido, un tratamiento defectuoso, la violación Constitucional, la violación de lo establecido por la Comisión Nacional de Derechos Humanos traerán como consecuencia el atraso e imposibilitan la rehabilitación si tenemos en cuenta que como requisito, debe recurrirse a las terapias biopsicosociales, que coadyuvan en el dominio de la pedagogía correctiva, para asegurar en primer término la salud física y mental del reeducando, quitando cuantos obstáculos puedan ser posibles.

La serie de hábitos inconvenientes que el enfermo mental tiene fuera y dentro del sistema penitenciario, pedagógicamente hablando, se destacan en las siguientes formas:

- a) Inconformidad con sus familiares, compañeros y maestros, que desemboca con la vida misma
- b) Mala adaptación escolar.
- c) Faltas graves de conducta
- d) Indiferencia ante la vocación

Y en tales condiciones, de lo anterior se desprende como técnica a seguir, cumplir los siguientes casos

- a) Tratar personalmente al sujeto.
- b) Conocer su expediente, los estudios de personalidad en lo médico, lo psicológico, lo pedagógico y lo social.

c) Escoger los materiales necesarios para informar al sujeto sobre el contenido de sus dificultades

d) *Utilizar entrevistas, pláticas individuales o colectivas, películas aplicables al caso y otros materiales*

e) Iniciar el encausamiento

Como requisito previo e indispensable serán los resultados del diagnóstico pedagógico, que nos darán la oportunidad de marcar la intervención pedagógica adecuada

La orientación que se dé a los sujetos (en caso de haber resultado su diagnóstico mental favorable) tendrá las siguientes características.

- Será individual.
- Se basará en la paciencia, la razón y afecto enérgico
- Será integral por que abarca sus diversos problemas de tipo legal, educativo y de salud
- Será continua y progresiva.
- Será flexible.
- Será educativa y reeducativa.
- Será institucional, porque ante el cambio de situación penal puede ser continuada por otro.
- Se marcarán metas alcanzables acordes a la capacidad comprobada y real del caso en cuestión.
- Tomará en cuenta los derechos humanos que protegen al enfermo mental en nuestro país
- Se tomará en cuenta los principios pedagógicos en el área terapéutica
- Se respetarán las disposiciones gubernamentales vigentes.
- Será tomada en cuenta la evaluación de todos los especialistas que intervienen del caso en cuestión

- Se evitará utilizar términos obscenos o cursis al referirse a los sujetos con características de necesidades educativas especiales

- No se establecerán lazos afectivos ni de excesiva confianza, por ninguna de las partes, intervinientes en el seguimiento del caso de los sujetos con alteración conductual, en ninguna de las áreas intervinientes en su rehabilitación

Se puede revisar con cierta periodicidad la situación del interno para conocer los aspectos jurídicos, educativos y de salud para su adecuada revaloración.

No obstante de que los sujetos con alteraciones en la conducta presentan diferentes trastornos, los principios de enseñanza-aprendizaje para todos son los mismos, lo que se tendrá que readaptar es el criterio de trabajo en lo que se trata de alcanzar en cada persona, por lo que han vivido irregularmente y, que tienen necesidad de resolver situaciones gravemente conflictivas, personas de malos hábitos , incluyendo pervertidos, incapacitados para el trabajo, con grandes necesidades, y a veces con grandes ambiciones o sin esperanza alguna de aspirar a una vida futura diferente, ignorantes y faltos de educación, con exigencias sociales superiores a sus capacidades, también con grande desorientación frente a la necesidad de una buena integración social. En resumen, personas en conflicto. En los enfermos mentales muchas veces, antes de ser declarados como tales, se ve una efectiva participación práctica en la vida para sobrevivir, pero han carecido en su mayoría de la educación familiar y frecuentemente han cortado la educación escolar, por lo que estos no han tenido oportunidad de madurar socialmente y más aun, ven inalcanzables los aspectos de la madurez social que a continuación se enuncian:

1 -Tener confianza en sí mismo.

2 -Ser dueño de sus actos.

3 -Sentir interés por sí mismo y mejorarse al máximo posible

4.-Aceptar a los demás como son.

5 -Sentir interés por los demás y estar dispuesto a ayudarlos.

6 -Prepararse para el futuro.

7.-Trabajar o estudiar con ánimo, entusiasmo y efectividad, entregándose con plenitud a la labor.

8.-Aprovechar el descanso y divertirse

- 9.-Equilibrar el descanso con el trabajo.
- 10.-En sus relaciones humanas, aceptar y ofrecer sugerencias.
- 11.-Confiar en los demás.
- 12.-Aceptar el trabajo de equipo, colaborar y coordinarse inteligentemente.
- 13.-Practicar actos útiles en favor de sí mismo y de los demás.
- 14.-Ser fiel y útil a sus amigos.
- 15.-Para sus asuntos personales no depender habitualmente de los demás.
- 16.-Recibir su sueldo y administrarlo para disfrutar el presente y cuidar el futuro.
- 17.-Cada vez que necesita ayuda la pide y cada vez que puede ayudar lo hace con gusto.
- 18.-Trabajar por el bien de los demás.
- 19.-Dar cuidados y protección a los demás.
- 20.-Cumplir sus deberes sin que se los recuerden.
- 21.-Saber decir oportunamente no, y cuando acepte, cumplir su palabra.

Uno de los procesos todavía en camino de ser comprendidos por la población en general, es el de la maduración social del individuo, pero en lo general, es que en la mayoría de las personas con retardación mental no están a la altura de sus propias circunstancias para alcanzar una madurez social, inclusive es posible ver que en nuestro país el enfermo mental ha permanecido al margen de una rehabilitación y a los internos considerados de alta peligrosidad se les tiene al margen una verdadera readaptación social, y mucho menos se ha desarrollado, un modelo de investigación verídica y científica dentro del Sistema Penitenciario.

Cfr. VERDUGO, MIGUEL ALONSO PERSPECTIVAS PSICOPEDAGOGICAS Y REHABILITADORAS, Argentina 1997.

CAPITULO III: EL PAPEL DEL PEDAGOGO EN CEFEREPSI

En éste capítulo se presentan los resultados del cuestionario que aplicamos a los pedagogos de CEFEREPSI, consideramos que fue un instrumento útil para conocer lo que se está haciendo en rehabilitación a través de los materiales y programas que se están utilizando ,así como el nivel de preparación de los especialistas y sobre todo nos sirvió para saber cuál sería la participación terapéutica del pedagogo en ese lugar.

3.1 EL CUESTIONARIO COMO INSTRUMENTO INDAGATORIO.

Se elaboró un cuestionario de 15 preguntas ,algunas de las preguntas se quitaron por considerarse no permitidas por el centro, sin embargo los seis cuestionarios fueron contestados por los seis encargados del área de psicopedagogía El cuestionario contiene información sobre los programas, pruebas y aspectos pedagógicos que se utilizan y que se están revisando constantemente considerando el nivel de rehabilitación que tiene cada interno y de acuerdo al módulo de atención en que se encuentra, cabe señalar que solo se tomó en cuenta el trabajo pedagógico aunque el proceso rehabilitatorio de los internos está a cargo de todo un grupo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadoras sociales, médicos ,enfermeras etc.), que junto con los pedagogos trabajan por el objetivo del centro Recuperar, incrementar y/o mantener habilidades cognitivas, psicomotoras, de comunicación ,convivencia etc ,que los ayude a ser más autosuficientes, conscientes de su situación legal y a ejercitar nuevamente actividades escolares ,deportivas etc.; así como al mejoramiento de su salud integral

La entrevista fue dirigida y las preguntas son las siguientes:

- 1.-¿Qué programas educativos están utilizando en el área de psicopedagogía?.
- 2.-¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en CEFEREPSI?.
- 3.-¿Cree usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿porqué?.
- 4.-¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?.
- 5.-¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?
- 6.-¿Qué programas nuevos sugiere usted, tomando en cuenta su experiencia actual?
- 7.-¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?.
- 8.-¿Cuántos tipos de diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?
- 9.-¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?.
- 10.-¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?.
- 11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?
- 12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican?.
- 13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?.
- 14.-¿Considera usted que son las mas indicadas?, ¿porqué?.
- 15.-¿Considera usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

3.2 GRAFICAS INTERPRETATIVAS DEL TRABAJO PEDAGOGICO CONFORME A LOS CUESTIONARIOS APLICADOS EN CEFEREPSI.

- No obstante el pequeño número de especialistas participantes en la aplicación del instrumento (6 cuestionarios), así, como a la aplicación de la técnica de observación no participativa (una sesión de 2 horas), fue una muestra representativa del 100%, dado que.

A) La participación correspondió a un total de 6 especialistas, 6 cuestionarios y cada sujeto de la muestra contestó 15 preguntas de un total de 15 reactivos que conformaron el instrumento de investigación. Se contestó sin presión de ninguna especie

A.1) A través de las preguntas número 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14 y 15; se pudo analizar el nivel de conocimientos y el desempeño demostrado durante la práctica en la que se aplicó la técnica de observación no participativa durante una sesión de dos horas a nivel individual, otra parte de la sesión de manera grupal.

A.2) A través de un cuadro comparativo en base a las respuestas escritas correspondientes a las preguntas antes señaladas, determinamos la clasificación siguiente Buen Nivel de Conocimientos, Regular Nivel de Conocimientos y Falta de Conocimientos

A.3) Gráfica Se representa en el punto 4.2 CUADROS 1 A.3.

B) La calidad de las respuestas permitieron comparar similitudes y diferencias dadas por los 6 especialistas en las preguntas 4, 5, 7, 9 y 15. Con una clasificación: Buenos, Regulares, Malos. Las preguntas anteriormente citadas nos sirvieron para conocer la situación laboral que enfrentan en el CEFEREPSI, con respecto a los programas impuestos por la institución.

B.2) Gráfica: Se representa en el PUNTO 4.2 CUADRO 2 B.2
Propuestas de criterio personal Las preguntas 3, 6, 10, 14; permitieron cuantificar las respuestas dadas por los pedagogos, así como también, reflejaron las necesidades individuales, proponiendo otros programas que no se utilizan en la currícula del CEFEREPSI.

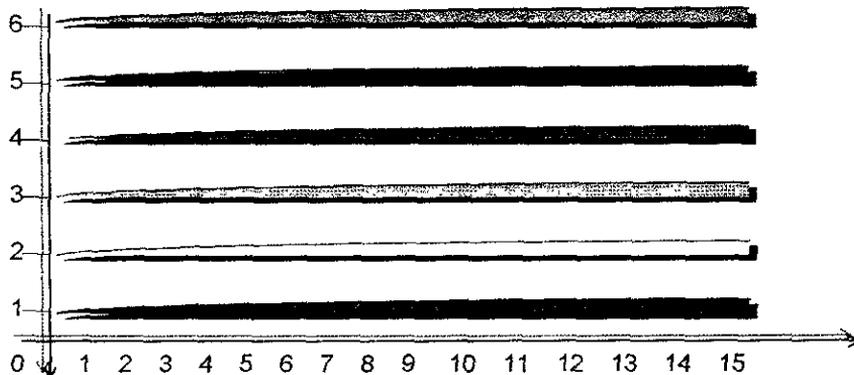
C.1) La clasificación comparativa que para estos aspectos se utilizaron fueron: Una propuesta, Más de una propuesta, Ninguna propuesta

C.2) Gráfica Se presenta a través de un cuadro comparativo en el PUNTO 4.2

CUADRO 3 C.2

CUADRO 1 A.3: TABLA SIGNIFICATIVA CON RESPECTO AL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION Y LA MUESTRA

| No. Pedagogos | Muestra | Preguntas contestadas | % |
|---------------|---------|-----------------------|------|
| 6 | 6 | 15 de 15 | 100% |



INTRPRETACION: La gráfica nos demuestra la participación significativa de los pedagogos de CEFEREPSI. Las preguntas fueron contestadas en su totalidad: 15 de 15, un 100% de participación.

TABLA No 1 A.3 NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y DESEMPEÑO PEDAGOGICO

Nomenclatura

S=SUJETO MUESTRA

BNC=BUEN NIVEL DE CONOCIMIENTOS

RNC=REGULAR NIVEL DE CONOCIMIENTOS

FDC=FALTA DE

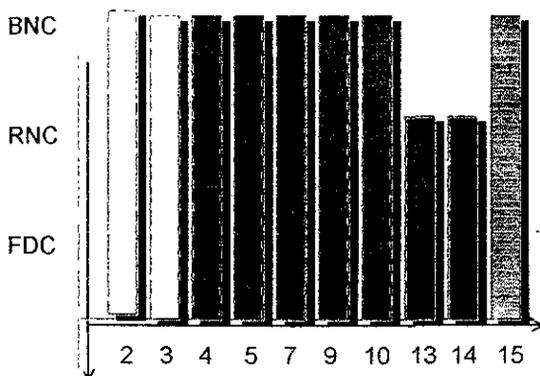
CONOCIMIENTOS

P=PREGUNTAS

R=RESULTADOS

| P | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | R |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2 | RNC | RNC | BNC | BNC | BNC | BNC | BNC |
| 3 | BNC | BNC | BNC | BNC | RNC | BNC | BNC |
| 4 | RNC | BNC | BNC | BNC | FDC | BNC | BNC |
| 5 | BNC |
| 7 | BNC | BNC | BNC | RNC | BNC | BNC | BNC |
| 9 | BNC | BNC | BNC | BNC | FDC | BNC | BNC |
| 10 | BNC |
| 13 | FDC | FDC | BNC | BNC | FDC | BNC | RNC |
| 14 | FDC | RDC | BNC | BNC | RDC | BNC | RNC |
| 15 | BNC |

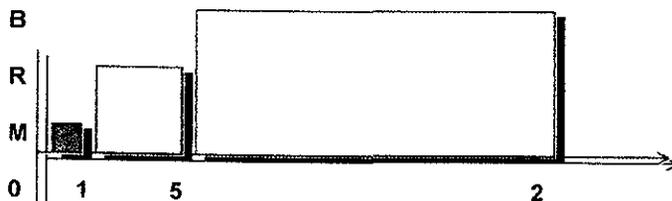
INTERPRETACION. LAS PREGUNTAS 13 Y 14 DEMOSTRARON MAYOR DIFICULTAD EN SU RESPUESTA, DEBIDO A QUE SOLO DOS PEDAGOGOS APLICAN DIAGNOSTICOS Y TESTS PEDAGOGICOS A LOS INTERNOS.



INTRPRETACION: La gráfica nos muestra que los pedagogos contestaron con mayor dificultad, las preguntas 13 y CUADRO No. 2 B.2 CALIDAD DE LAS RESPUESTAS NOMENCLATURA: B=BUENAS R=REGULARES M=MALAS P=PREGUNTAS

S=SUJETOS MUESTRA

| S | P | B | R | M |
|--------|----|---|---|---|
| 1 AL 6 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| S | P | B | R | M |
| 1 AL 6 | 5 | 5 | 1 | |
| S | P | B | R | M |
| 1 AL 6 | 7 | 5 | 1 | |
| S | P | B | R | M |
| 1 AL 6 | 9 | 4 | 2 | |
| S | P | B | R | M |
| 1 AL 6 | 15 | 6 | | |



INTERPRETACION: La gráfica demuestra que de 30 respuestas, 24, se contestaron bien, 5 de manera regular y solo 1 estuvo mal contestada.

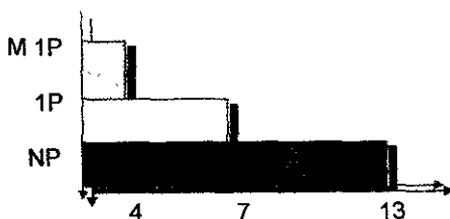
CUADRO No.3 C.2 PROPUESTAS DADAS POR LOS PEDAGOGOS

NOMENCLATURA

1P=UNA PROPUESTA S=SUJETOS MUESTRA P=Nº PREGUNTA

M1P=MÁS DE UNA PROPUESTA NP=NINGUNA PROPUESTA

| S | P | 1P | M1P | NP |
|--------|----|----|-----|----|
| 1 AL 6 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| S | P | 1P | M1P | NP |
| 1 AL 6 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| S | P | 1P | M1P | NP |
| 1 AL 6 | 10 | | | 6 |
| S | P | 1P | M1P | NP |
| 1 AL 6 | 14 | 2 | | 4 |



La falta de propuestas con respecto a los programas nos demuestra la falta de conocimientos sobre los mismos por parte de los pedagogos del CEFEREPSI.

3.3 TECNICA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPATIVA.

Después de haber realizado la aplicación del cuestionario, se realizó una práctica que consistió en presenciar algunas sesiones académicas, ejecutadas por los pedagogos entrevistados, a través de la técnica de observación no participante, con el objeto de observar en silencio la dinámica de trabajo, referente a la aplicación de los instrumentos que utilizan para diagnosticar pedagógicamente al interno, para corroborar la información vertida en los cuestionarios y lo que presenciamos en la práctica. Encontrando congruencia entre lo que se contestó en los reactivos y lo que realizan antes, durante y después de la sesión.

3.4 REVISIÓN DE MATERIALES ESCRITOS. (Programas, Diagnósticos, Instrumentos de Evaluación y tests Pedagógicos).

Los objetivos generales y particulares que tiene el Centro de Rehabilitación Psicosocial, están contenidos en un documento que contiene también el esquema general de actividades programadas y tres anexos para el área de Pedagogía. El anexo I contiene los tests de evaluación conductual, el anexo II presenta los programas de intervención y el anexo III da a conocer las formas de registro y gráficas de evaluación y seguimiento en el trabajo pedagógico. Las concernientes a otras áreas no han sido revisadas debido a que nuestro centro de interés corresponde a una investigación específica del trabajo del pedagogo en el CEFEREPSI, por lo que necesariamente, no se podrá ver reflejado, el objetivo de trabajo integral en la rehabilitación del interno, sino solamente programas exclusivamente pedagógicos. Esto no quiere decir, que

no existan otros, solo que los que a continuación se presentan son los utilizados en el Centro.

El objetivo general es que ha través de la programación de las actividades generales se establecen repertorios conductuales para internos que presenten alteraciones en la esfera intelectual para alcanzar autosuficiencia en su manejo personal, formar al individuo para que actúe convenientemente en las situaciones concretas de su vida diaria y lograr el máximo de integración social de que sean capaces.

En los objetivos particulares pretenden que a través de procedimientos de evaluación conductual, determinar los repertorios con los que cuenta el sujeto en cuanto a conductas básicas, habilidades sociales y conductas académicas; con la finalidad de integrarlo a la programación que le corresponda conforme a las posibilidades detectadas.

Los repertorios de conductas básicas comprenden la imitación motora, instrucciones y atención, para observar repertorios más complejos

Los relacionados con la conducta observan la actuación verbal, social y de autocuidado, con la finalidad de procurar una mayor habilidad social y de adaptación al medio

A través de programas secuenciales de percepción y psicomotricidad para observar la formación de repertorios académicos.

Con el desarrollo de programas preacadémicos se valora el lenguaje verbal y numérico con la finalidad de establecer puntos de partida en el aprendizaje de la lecto-escritura.

De acuerdo a las necesidades de cada interno se diseñan programas de eliminación de conductas problemáticas para no bloquear las actividades programadas

En la metodología, la población corresponde a sujetos con alteraciones específicas de la conducta, con déficits de índole intelectual perceptivo motriz, y de habilidades sociales que dificultan su adaptación al medio.

Las actividades se llevan a cabo en aulas de uso múltiple, aulas de talleres, los patios de cada módulo, invernadero y cancha de fútbol

Sus recursos materiales varían conforme a los programas, los recursos humanos que requieren para el desarrollo de las actividades se consultan con los especialistas en recreación, educación física y terapia ocupacional.

La selección de participantes se realiza a través de la evaluación del área de pedagogía de la Unidad Departamental de Diagnóstico y determinación de Tratamiento, que marca el nivel de ejecución de la población atendida a través de tests de observación conductual, canalizando a los que requieren el nivel de atención que les corresponde de acuerdo a sus posibilidades

La duración de los programas es relativa, de acuerdo a la complejidad de los mismos y al grado de deterioro y disposición de los participantes

La duración de las sesiones es de una hora, por la poca tolerancia a la frustración, y baja capacidad de demora, que impide retenerlos por mucho tiempo.

Para el sistema de registro, tanto en la fase evaluativa como en la de intervención se llevan registros que determinan el avance o retroceso y detectan el adecuado manejo o no de las contingencias ambientales.

Dentro de su procedimiento en la evaluación aplican tests de observación conductual, para determinar y canalizar el nivel de atención requerida, se aplican de forma secuencial desde niveles de conductas básicas hasta repertorios académicos interrumpiendo la evaluación en cuanto se detectan fallas en la ejecución de los reactivos, desde este nivel comienza la fase de intervención, pues con los tests de observación conductual determinan el nivel de ejecución de las siguientes áreas: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación, conductas académicas.

En la intervención se toma en cuenta la deficiencia y las conductas perturbadoras para definir los programas que se van aplicar en los casos particulares. Los programas se subdividen en tres fases: repertorio de entrada (especifican las conductas precurrentes); línea base (primera fase en que se evalúa la ejecución sin presencia de reforzadores ni estímulos de apoyo, sirve como punto de partida para entrenar y evaluar durante el programa); entrenamiento (secuencia instruccional del programa, consta de una o varias fases, se recurre al uso de contingencias para producir el cambio conductual, se utilizan estímulos de apoyo y reforzadores, todas las conductas que se acerquen a la conducta deseada deben reforzarse, los estímulos deben desvanecerse gradualmente hasta que la respuesta se de sin ayuda).

Al finalizar el entrenamiento se repite la evaluación inicial a través de una prueba similar a la preevaluación. En los programas académicos la evaluación involucra diferentes reactivos a la preevaluación. En el seguimiento se registra la conducta del sujeto terminando el programa en intervalos de uno o dos meses, periodos de ocho o quince días según el caso y la finalidad, algunos programas no requieren seguimiento, dado que los repertorios forman parte de otros programas que se aplicarán posteriormente.

Los cuatro procedimientos fundamentales que se utilizan para establecer repertorios conductuales son:

- REFORZAMIENTO POSITIVO.

- MOLDEAMIENTO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS.

- REFORZAMIENTO NEGATIVO.
- MODELAMIENTO (IMITACION)

PARA MANTENER LAS CONDUCTAS YA ADQUIRIDAS SE RECURRE AL REFORZAMIENTO INTERMITENTE EL CUAL, CONSISTE EN PRESENTAR EL REFORZADOR DE MANERA DISCONTINUA; PUEDE PROGRAMARSE TENIENDO EN CUENTA EL NUMERO DE RESPUESTAS O TAMBIEN EL TIEMPO QUE TRANSCURRE. ESTOS TIPOS DE REFORZAMIENTO INTERMITENTE SE DENOMINAN DE RAZON Y DE INTERVALO. ACLARANDO QUE LA TRANSICION DEL REFORZAMIENTO INTERMITENTE DEBE SER GRADUAL. LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZAN PARA DEBILITAR O REDUCIR LA CONDUCTA INDESEABLE SON LOS SIGUIENTES:

- TIEMPO FUERA DEL REFORZAMIENTO
- EXTINCION
- REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES (RDO)
- COSTO DE RESPUESTA

EMPLEANDO REFORZADORES PRIMARIOS (COMIDA), ELIMINANDO EN LO POSIBLE DULCES O ELEMENTOS QUE A LA LARGA PERJUDICAN LA SALUD DEL INTERNO, COMO EL USO DE CIGARROS. EL USO DE REFORZADORES SOCIALES (APROBACION SOCIAL) QUE SUELEN SER MUY EFECTIVOS; AL COMBINAR ESTOS DOS TIPOS DE EVENTOS REFORZANTES DE MANERA INTERMITENTE LOS RESULTADOS HAN SIDO MUY EFECTIVOS, APLICAN UN REFORZADOR PRIMARIO Y LE SIGUE UN SOCIAL, LOS ESTIMULOS DE APOYO PUEDEN SER VARIADOS: MOTORES, VERBALES, INSTIGADORES O PREPARADORES Y CUALQUIER ESTIMULO QUE FAVOREZCA LA APARICION DE LA RESPUESTA DESEADA DEBE UTILIZARSE.

OBSERVACIONES QUE MARCARON :

EN LA SELECCIÓN DE LOS PROGRAMAS, ADEMAS DEL DIAGNOSTICO SE CONSIDERA LAS CONDICIONES DEL INDIVIDUO Y DE SU MEDIO, ES DECIR, SI NO EXISTEN LAS POSIBILIDADES REALES PARA DESARROLLAR HABILIDADES CONCRETAS, LAS ACTIVIDADES DEBEN ESTAR SUPEDITADAS A LA FUNCIONALIDAD QUE PUEDEN TENER EN LA VIDA DIARIA (LECTURA Y ARITMETICA ELEMENTAL), Y SE DEBEN INCIDIR EN REPERTORIOS DE HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESQUEMA GENERAL DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS:**PROGRAMAS DE REPERTORIOS BASICOS:** Programa de Atención

Programa de Imitación Motora

Programa de Seguimiento de
instrucciones.**PROGRAMAS DE HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION EN:**Conducta Verbal.....Programa para eliminar el
mutismo

Programa de imitación verbal

Programa de tactos

Programa de articulación

Programa de intraverbales

Programa de fluidez verbal

Cuidado Personal.Programas de autocuidado

Conducta Social.Programa de pautas sociales

Programas de cooperación

**PROGRAMAS PRECURRENTES PARA LA ADQUISICION DE LA LECTO-
ESCRITURA EN:**

Psicomotricidad.. ...Dominio de la motricidad amplia

corporal

Dominio de la expresión

Dominio de la motricidad fina

Participación en juegos y deportes

Realización de manualidades

Percepción.....Programas de relación espacio-

tiempo

Discriminación de formas

Discriminación de colores

PROGRAMAS ACADEMICOS DE LECTO-ESCRITURA :

PROGRAMA DE ESCRITURA

PROGRAMA DE LECTURA

IDENTIFICACION VERBAL EN ESTIMULOS

TRANSCRIPCION

PROGRAMA DE COMPRENSION DE LECTURAS

PROGRAMA DE ARITMETICA

PROGRAMA DE CIVISMO

PROGRAMAS DE CLASES ESPECIALES EN :

Expresión Corporal.....Danza

Teatro

Música-terapia

Deportes.....Fútbol

| | |
|-------------------|------------------------|
| | Basquetbol |
| | Boleivol |
| | Atletismo |
| Manualidades..... | Artes plásticas |
| | Migajón y rafia |
| | Reaice en arena |
| | Tejido en bastidor |
| | Tejido en gancho |
| | Artesanía en popotillo |
| | Artesanía en madera |
| Capacitación..... | Huertos |
| | Alfarería |
| | Panadería |

TESTS DE EVALUACION CONDUCTUAL:

Se presentan en sus formatos originales (pruebas elaboradas por personal del centro, área de pedagogía) y en la parte de anexos de la presente tesis, con las siguientes pruebas:

PRUEBA DE ATENCION A OBJETOS PROXIMOS PAG. 21

PRUEBA DE ATENCION A OBJETOS DISTANTES PAG. 22

PRUEBA DE ATENCION AL AVALUADOR PAG. 23

PRUEBA DE IMITACION PAG. 24

PRUEBA DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES PAG. 25

PRUEBA DE CONDUCTA MOTORA GRUESA PAGES. 26 Y 27

PRUEBA DE CONDUCTA MOTORA FINA PAG. 28

PRUEBA DE IMITACION VOCAL (ECOICAS) PAG. 29

PRUEBA DE TACTOS PAG. 30

Dado lo extensivo que resulta el detallar los procedimientos de cada uno de los programas, nos abocaremos solamente a la descripción metodológica de ellos.

PROGRAMA DE ATENCION

Objetivo: El interno debe establecer contacto de ojo a ojo con el instructor cada vez que este lo llame por su nombre. Y con cualquier objeto que se le señale a una distancia máxima de dos metros, por un lapso *no menor* de cinco segundos.

Definición: Se toma atención a la conducta que establece contacto visual con personas y objetos a diferentes distancias.

Repertorio de Entrada: Que el sujeto permanezca sentado durante 15 minutos por lo menos y que no tenga impedimentos físicos.

Material: Objetos diversos y tarjetas de colores.

Area: Cubículo

Instrumentación: I; Preevaluación; II Instigación; III Desvanecimiento; IV Atención al Ambiente; V Atención Distancia; VI Evaluación Final

PROGRAMA DE IMITACION GENERALIZADA.

Objetivo: El sujeto será capaz de imitar el 100% de las conductas de las listas del 1 al 3 y por lo menos el 80% de la lista 4, cumpliendo con los siguientes requisitos A) Una latencia de respuesta de 5 segundos. B) Una topografía similar a la del modelo, y C) Sin reforzamiento y sin instigación.

Definición: Se toma como respuesta de imitación aquella que se presente en un lapso de 5 segundos, contados a partir de la presentación del estímulo (conducta del modelo, con una topografía semejante a la de este.

Repertorio de entrada: Para realizar este programa el sujeto debe de haber cumplido con los requisitos del programa de atención y no tener impedimentos físicos.

Material: 2 sillas y listas de estímulos.

Area: Cúbiculo

Instrumentación: I preevaluación, II instigación, III desvanecimiento, IV intermitencia del reforzamiento, V evaluación final.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.

Objetivo: Que el sujeto responda correctamente ante cualquier instrucción de las listas 1 y 2 con una latencia no mayor de 5 segundos.

Definición: Se toma como seguimiento de instrucciones a toda conducta motora que corresponda con la instrucción verbal previa y que se de con una latencia no mayor de 5 segundos.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas de imitación y de atención y no tener impedimentos físicos .

Material: Listas de instrucciones 1 y 2 mas los objetivos que incluyan las mismas.

Area: Cubiculo

Instrumentación: I preevaluación, II modelamiento, III instigación, IV desvanecimiento, V evaluación, VI seguimiento

PROGRAMA PARA ELIMINAR EL MUTISMO.

Objetivo: Al terminar este programa el sujeto podrá emitir cualquier tipo de vocalización en cualquier situación, es decir, emitirá sonidos aunque no sean entendibles, a petición del instructor o de manera simultánea

Definición: Se considera correcta cualquier vocalización, independientemente de su topografía.

Repertorio de entrada. Haber cubierto los requisitos de los programas de atención y de imitación. Se recomienda un examen médico del aparato fonador y del sistema auditivo. La audición no es condición necesaria para aplicar el programa.

Area: Cubiculo

Instrumentación: I preevaluación, II moldeamiento, III evaluación final.

PROGRAMA DE IMITACION VOCAL.

Objetivo: Al terminar este programa, el sujeto debe ser capaz de repetir las palabras que se le presenten , con una topografía semejante a la del modelo y sin que medie un intervalo mayor de 5 segundos.

Definición: Una respuesta ecoica, es controlada por un estímulo verbal, con el cual guarda una correspondencia formal de uno a uno y una relación temporal estrecha. En este caso, es correcta aquella respuesta que tiene una topografía semejante a la del estímulo (la palabra) que presenta el instructor y que se produce en un tiempo no mayor de 5 segundos después del estímulo.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas repertorios básicos y mutismo.

Area: Cúbiculo.

Instrumentación: I preevaluación, II moldeamiento, y III evaluación final.

PROGRAMAS DE TACTOS.

Objetivo: Al terminar el programa, el sujeto deberá llamar por su nombre a los objetos que se presenten. Los contenidos en las listas de este programa o bien, los que se le hayan enseñado.

Definición: Una respuesta se considera correcta, si ante la presentación de un objeto, el sujeto le da un nombre utilizado comúnmente en su comunidad. La topografía de la respuesta puede ser aproximada y los problemas de articulación no se toman en cuenta.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas básicos y de imitación vocal (ecoicas).

Material: Los objetos especificados en las listas adjuntas.

Area: Cubiculo.

Instrumentación: I preevaluación, II instigación, III desvanecimiento, IV seguimiento.

PROGRAMA DE ARTICULACION.

Objetivo: Al concluir el programa el sujeto deberá reproducir el fonema o los fonemas que no puede emitir adecuadamente en su habla corriente.

Definición: Una respuesta se considera correcta si su topografía corresponde formalmente a un fonema del español: [s], [r], etcétera.

Repertorio de entrada: Cubrir los requisitos de los programas de: repertorios básicos, imitación vocal y mutismo, se recomienda que el sujeto sea constante en el buen estado de su aparato fonador (examen médico).

Material: Espejo, abatelenguas, palitos redondos y otros materiales diversos para ejercicios motores del aparato fonador.

Area: Cubiculo.

Instrumentación: I detección, II preevaluación, III prueba de discriminación auditiva, IV entrenamiento en discriminación auditiva, V prueba de control motor, VI entrenamiento en control motor, VII moldeamiento, VIII fonema en tactos, IX fonema en intraverbales, X evaluación final, XI seguimiento.

PROGRAMA DE INTRAVERBALES.

Objetivo: Al terminar este programa el sujeto será capaz de responder adecuadamente a un mínimo del 80% de las preguntas que este contiene o de las preguntas con las que se lleve a cabo el entrenamiento.

Definición: Intraverbal es una respuesta que esta bajo el control de un estímulo verbal, con el cual no guarda correspondencia formal alguna. Se considera una respuesta correcta si ante la presentación del estímulo en forma vocal o escrita el sujeto responde antes de 5 segundos y el contenido temático de la respuesta es correcta (no se toma en cuenta los problemas de articulación).

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas básicos, ecoicas y de tectos.

Material: Fotografías, dibujos o ilustraciones de animales, golosinas y objetos diversos.

Instrumentación: I preevaluación, II entrenamiento, III evaluación final, IV seguimiento

PROGRAMA DE FLUIDEZ VERBAL.

Objetivo: Al término del programa el sujeto debe ser capaz de hablar sin pausas entre fonemas ni entre sílabas y sin repetir innecesariamente fonemas ni sílabas.

Definición: Se considera correcta una respuesta verbal (palabras o frases, según el caso), cuando el sujeto cubre el requisito de no dejar un tiempo mayor del especificado por el instructor entre fonema y fonema, o entre palabra y palabra. Si el problema el problema es de tartamudez es correcta la respuesta que se emite sin repeticiones innecesarias.

Repertorio de entradas: Haber cubierto los requisitos de los programas de repertorios básicos, ecoicas, tectos, intraverbales y articulación.

Area: Cubiculo

Instrumentación: I detección, II preevaluación, III moldeamiento, IV evaluación final, V seguimiento.

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.

Objetivo: Debe especificarse de antemano y muy cuidadosamente en términos físicos, cuales van a ser las conductas terminales que pretende establecer el programa, al mismo tiempo tiene que especificarse bajo qué estímulos deben emitirse dichas conductas y el grado de participación del entrenador en la

parte final del programa. Con base en cada una de las conductas particulares que éste comprende se efectuarán la definición del terminal.

Definición Se incluyen todas aquellas respuestas relacionadas con el arreglo y cuidado personal.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas de repertorios básicos.

Instrumentación: I preevaluación, II entrenamiento, III evaluación final, IV seguimiento.

Descripción del programa: Un programa de autocuidado debe ajustarse a las necesidades específicas de cada sujeto y en un momento dado involucrarlo como parte de un programa integral.

PROGRAMAS DE CONDUCTA SOCIAL.

Programa de pautas sociales.

Objetivo: El sujeto debe presentar oportunamente todas las respuestas que se definen a continuación, sin necesidad de modelamiento ni instigación.

Definición. Se consideran como pautas sociales aquellas conductas que incluyen las categorías siguientes y que se presentan en la situación social correspondiente: saludar, dar las gracias, pedir permiso, pedir por favor, llamar, despedirse, asearse.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas de repertorios básicos y ecoicas.

Material: objetos diversos.

Area: Cubiculo, salón de clase, patio y otras partes del centro.

Instrumentación: Entrenamiento, mantenimiento y seguimiento.

PROGRAMA DE COOPERACION.

Objetivo. Con una o mas personas, el sujeto será capaz de actuar conjuntamente con ellas para la consecución de un fin común. Este programa no especifica actividades concretas, pretende dar lineamientos que deben seguirse en todas las actividades que el interno realice. La cooperación es favorecida por las condiciones ambientales en un momento dado. El diseño de una actividad determinada, las condiciones físicas del lugar y las contingencias

sociales momentáneas son factores que fomentan o estorban la ocurrencia de la conducta cooperadora.

Habrá que tomar en cuenta lo siguiente para programar las actividades:

DISEÑO DE LA ACTIVIDAD: Las tareas serán siempre grupales de 2 en adelante.

ARREGLO DEL MEDIO FISICO: Se deben distribuir los materiales de tal manera que tengan que intercambiarlos para realizar la actividad.

CONTINGENCIAS SOCIALES: Se deben eliminar las conductas inadecuadas como arrebatarse materiales, invadir áreas de otros compañeros, agresiones, etc. y reforzar las conductas que se acerquen al objetivo.

PROGRAMAS PRECURRENTES PARA LA ADQUISICION DE LA LECTO-ESCRITURA.

PROGRAMA DE RELACIONES ESPACIO-TEMPORALES.

Objetivo: Dado dos o mas objetos el interno describe en que relación se encuentran respecto a él mismo y a otros objetos, tanto espacial como temporalmente.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas de repertorios básicos, tautos e intraverbales
Area: Cubiculo o salón de clases.

Material: Dos listones color rojo, dos listones azules, pelota, lápiz, objetos varios de tipos y colores variados.

Instrumentación: Preevaluación, entrenamiento, evaluación final

PROGRAMA DE DISCRIMINACION DE FORMAS

Objetivo: En objetos que le rodean, que no hayan sido presentados durante el entrenamiento, el sujeto señala a petición de otro compañero un triángulo, un círculo, un cuadrado y un rectángulo.

Repertorio de entrada: Haber cubierto los requisitos de los programas de repertorios básicos, ecoicas, tautos e intraverbales.

Material: Figuras geométricas de madera y cartón, para cada figura geométrica hay un juego de 8 figuras, la primera completamente roja, las demás rojo y blanco, el área roja se va reduciendo hasta que la última sea completamente blanca, dibujos de diversos objetos que incluyan las figuras geométricas enseñadas y colores o crayolas para iluminar

Area: Cubiculo o diferentes áreas.

Instrumentación: Preevaluación, tres fases instruccionales y evaluación final.

PROGRAMA DE DISCRIMINACION DE COLORES.

Objetivo: Dado cualquier objeto, el sujeto dirá de qué color es.

Repertorio de entrada: Haber cumplido con los requisitos de los programas de repertorios básicos ,ecoicas, tactos, intraverbales y discriminación de formas.

Area: Cubículos, otras partes del área.

Material: Figuras geométricas de diferentes colores, para cada color un juego de tarjetas que vaya transformándose en diferentes figuras , colores, crayolas, pinturas de agua y diversos objetos en diferentes colores

PROGRAMAS DE PSICOMOTRICIDAD.

Debido a lo extenso de los objetivos que se persiguen en las actividades de psicomotricidad y paralelamente los programas que se desprenden de ellos, nos limitaremos en este espacio a definir los objetivos generales de cada fase secuencial, desglosando sistemáticamente cada uno de sus objetivos específicos.

I.O DOMINIO DE LA MOTRICIDAD AMPLIA.

- **Definición:** Con este término designamos la adquisición de los movimientos de las articulaciones mas próximas al cuerpo, en las cuales no afecta en gran medida la utilización o no de un instrumento. La importancia centra en la soltura con que se realizan los movimientos y posteriormente en el equilibrio y coordinación.

-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

DOMINAR EL MOVIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES DEL TRONCO.

DOMINAR EL MOVIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES PROXIMAS AL TRONCO.

DOMINAR EL MOVIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES DE LAS EXTREMIDADES.

DOMINAR LA MARCHA EN DIVERSOS RITMOS.

COORDINAR EL MOVIMIENTO DE BRAZOS Y PIERNAS. EJEMPLO:
CAMINAR MARCANDO EL PASO CON PALMADAS.

POSEER UN ACEPTABLE CONTROL DEL EQUILIBRIO ESTATICO.
EJEMPLO: SE MANTIENEN DISTINTAS POSTURAS CON LOS OJOS ABIERTOS .

POSEER UN ACEPTABLE CONTROL DEL EQUILIBRIO DINAMICO POR
EJEMPLO: CAMINAR POR UNA LINEA EN EL SUELO, SUBE Y BAJA ESCALERAS, ETC.

POSEER UNA ACEPTABLE TECNICA DE RESPIRACION Y RELAJACION
REALIZAR CON CIERTA SOLTURA MOVIMIENTOS VIOLENTOS DE LAS
EXTREMIDADES INFERIORES: CARRERA, SALTO, ETC., CON LAS
SUPERIORES: COLGARSE, COLUMPIARSE, ETC.

DOMINIO DE LA EXPRESION CORPORAL.
OBJETIVOS ESPECIFICOS:

IMITAR MOVIMIENTOS DE BRAZOS Y PIERNAS INDEPENDIENTES,
SIGUIENDO UN TEMA PROPUESTO POR EJEMPLO: ¿COMO SE FORMAN
LAS NUBES?, ETC.

IMITAR MOVIMIENTOS COORDINADOS DE BRAZO Y PIERNAS,
SIGUIENDO UN TEMA PROPUESTO. EJEMPLO: ¿COMO CAMINA EL
GATO?, ETC.

REALIZAR MOVIMIENTOS LIBRES PARA DESARROLLAR UN TEMA
PROPUESTO.

REALIZAR MOVIMIENTOS LIBRES PARA DESARROLLAR UN TEMA
PROPUESTO POR SI MISMO.

INTERVENIR ADECUADAMENTE EN UNA COMPOSICION ESTATICA.

INTERVENIR ADECUADAMENTE EN UNA COMPOSICION DINAMICA.

DIRIGIR LA REALIZACION DE UNACOMPOSICION ESTATICA O DINAMICA O SOBRE TEMA PROPUESTO.

INVENTAR UN TEMA Y DIRIGIR SU REALIZACION.

POSEER UNA ACEPTABLE EXPRESION FACIAL. EJEMPLO: DEMOSTRAR VOLUNTARIAMENTE ALEGRIA, TRISTEZA, ENFADO, ETC.

REALIZAR PANTOMIMAS DE FORMA COMPRENSIBLE PARA SUS COMPAÑEROS.

DOMINIO DE LA MOTRICIDAD FINA.

DEFINICION: EN CONGRUENCIA CON EL PROCESO MADURATIVO HACIA EL EXTERIOR DEL CUERPO (PROXIMO-DISTAL), EL INTERES SE CENTRA AHORA EN LAS MANOS. ESTO A SU VEZ DA MADURACION DEL CENTRO A LA PERIFERIA, HASTA QUE EL SUJETO ES CAPAZ DE UTILIZAR INSTRUMENTOS CADA VEZ MAS COMPLEJOS Y VARIADOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

CONTROLAR EL MOVIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA CARA.

CONTROLAR EL MOVIMIENTO DE AGARRAR Y SOLTAR OBJETOS CON TODA LA MANO.

CONTROLAR EL MOVIMIENTO DE AGARRAR Y SOLTAR OBJETOS CON LOS DEDOS.

POSEER UNA CIERTA INDEPENDENCIA ENTRE LOS DEDOS DE LA MANO.

MOLDEAR UNA MATERIA PLASTICA UTILIZANDO TODA LA MANO.

MOLDEAR UNA MATERIA PLASTICA UTILIZANDO LOS DEDOS.

UTILIZAR UN INSTRUMENTO RIGIDO CON LOS DEDOS. EJEMPLO: LAPICERO, AGUJA, ETC.

UTILIZAR UN INSTRUMENTO FLEXIBLE CON LOS DEDOS. EJEMPLO: CINTAS, PINCEL, ETC.

UTILIZAR INSTRUMENTOS QUE EXIJAN COORDINACION DE LOS MOVIMIENTOS DE LA MANO. EJEMPLO: TIJERAS, ALICATAS.

SER CONCIENTES Y ESFORZARSE POR SUPERARSE.

PARTICIPACION EN JUEGOS Y DEPORTES .

-DEFINICION: SE ATIENDE AQUÍ A LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL POR MEDIO DE LA PSICOMOTRICIDAD,ASI COMO A LA ASIMILACION DE NORMAS TANTO LUDICAS COMO DE CONVIVENCIA E INTEGRACION SOCIAL. LA INTEGRACION EN EL JUEGO O EL DEPORTE TIENE UNA CLARA FINALIDAD DE OCIO FORMATIVO QUE DEBE SER CONVENIENTEMENTE LABORADA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

REALIZAR JUEGOS INDIVIDUALES LIBRES CON MATERIAL NO ESTRUCTURADO.

REALIZAR JUEGOS INDIVIDUALES LIBRES CON MATERIAL ESTRUCTURADO.

REALIZAR JUEGOS INDIVIDUALES CON ALGUNAS REGLAS SENCILLAS. JUGAR CON OTROS INTERNOS, PERO SIN QUE EXISTA COLABORACION ENTRE ELLOS.

JUGAR EN GRUPO CON ALGUNAS REGLAS MUY ELEMENTALES Y SIN INSTRUMENTOS.

JUGAR EN GRUPO CON REGLAS SENCILLAS Y CON INSTRUMENTOS.

JUGAR EN GRUPO SEGUN EQUIPOS Y NORMAS PREESTABLECIDAS.

JUGAR EN GRUPOS SEGUN EQUIPOS Y NORMAS ACORDADOS POR ELLOS MISMOS.

SER ARBITRO DEL JUEGO DE SUS COMPAÑEROS.

PARTICIPAR EN ALGUN DEPORTE.

REALIZACION DE MANUALIDADES.

DEFINICION: EMPLEO DE LA MOTRICIDAD FINA EN ACTIVIDADES CREATIVAS, QUE MUY BIEN PUEDE SER ORIENTADAS EN LA LINEA DE LA INICIACION PROFESIONAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

MOLDEAR OBJETOS UTILIZANDO SOLO SUS MANOS.

MOLDEAR OBJETOS AYUDANDOSE DE INSTRUMENTOS.

REALIZAR SOBRE EL PAPEL EJERCICIOS PARA LOS QUE DEBE UTILIZAR UN INSTRUMENTO RIGIDO.

REALIZAR TRABAJOS EN LOS QUE TIENE QUE UTILIZAR UN INSTRUMENTO FLEXIBLE.

REALIZAR TRABAJOS EN LOS QUE COPIA UN MODELO APLICANDO LAS DESTREZAS ANTERIORES.

REALIZAR TRABAJOS EN LOS QUE DEBE PREPARAR LA MATERIA A UTILIZAR, EFECTUARLOS DESPUES CON LA UTILIZACION DE ALGUNAS DE LAS DESTREZAS ANTERIORES.

REALIZAR TRABAJOS EN LOS QUE VARIA IBREMENTE LAS CARACTERISTICAS DE UN MODELO PROPUESTO.

REALIZAR TRABAJOS POR PROPIA INICIATIVA, PRECISANDO SOLO ORIENTACIONES EN CUANTO A LA TECNICA A UTILIZAR.

REALIZAR TRABAJOS EN GRUPO, APORTANDO SU PROPIA CREATIVIDAD Y RESPETANDO LA DIVISION DE FUNCIONES PROPUESTA POR EL GRUPO.

PROGRAMAS ACADEMICOS DE LECTO-ESCRITURA.**PROGRAMA DE ESCRITURA.**

OBJETIVO: SOLO PRETENDE ESTABLECER LA CONDUCTA MOTORA DE ESCRIBIR, SIN QUE EXISTA NINGUN CONTROL VERBAL SOBRE ELLA, EJECUTANDO EL TOTAL DE PALABRAS QUE CONSTITUYEN EL PROGRAMA DE LECTURA.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CONCLUIDO LOS PROGRAMAS DE IMITACION GENERALIZADA Y DE CONTROL INSTRUCCIONAL, ASI COMO HABER DESARROLLADO LOS ELEMENTOS SUFICIENTES EN LAS AREAS PERCEPTIVA Y PSICOMOTRIZ.

MATERIAL: LAPICES, COLORES, PLANTILLAS DE PLASTICO CON DOCE PERFORACIONES EN FORMA DE LETRA DISTRIBUIDAS DE MANERA ESPACIAL A DISTANCIAS IGUALES, HOJAS CON LINEAS DE COLORES.
AREA: CUBICULO.

INSTRUMENTACION: LINEA BASE (REGISTRO), Y OCHO PASOS.
PROGRAMA DE LECTURA.

OBJETIVO: EL PROGRAMA BASICO CONSISTE EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN REPERTORIO VERBAL MINIMO, NO REQUIERE DE UN REPERTORIO DE ENTRADA ASOCIADO AL SIGNIFICADO DE LAS RESPUESTAS QUE SE ADQUIEREN.

REPERTORIO DE ENTRADA: REPERTORIO VOCAL CORRESPONDIENTE A CADA UNA DE LAS PALABRAS QUE CONSTITUYEN EL VOCABULARIO DEL PROGRAMA, HABER CONCLUIDO LOS PROGRAMAS DE DISCRIMINACION VISUAL, EL SUJETO DEBE POSEER REPERTORIOS IMITATIVOS Y DE SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL, RESPUESTAS PRECURRENTES DE ATENCION. CUANDO SE PRESENTEN PROBLEMAS EN EL PROGRAMA DE LECTURA SE DEBE CORREGIR, PUES EN MUCHAS OCASIONES SE DEBE A UNA EVALUACION DEFECTUOSA EN LOS REPERTORIOS DE ENTRADA, SE APLICA EL CORRECTIVO INDICADO.

MATERIAL: TARJETAS CON PALABRAS BISILABAS, TRISILABAS, ETC., DE COLORES ROJO Y NEGRO, OTRAS DE COLORES SOBREPUESTAS, Y OTRAS CON DESVANECIMIENTO PAULATINO DEL COLOR ROJO.

AREA: CUBICULO.

PROCEDIMIENTO: SE UTILIZA PRIMORDIALMENTE LA IGUALACION DE LA MUESTRA, CONSTA DE DOS SECCIONES. LA PRIMERA ESTA CONSTITUIDA POR 17 PALABRAS DE DOS SILABAS; LAS QUE LUEGO VAN A DESCOMPONERSE EN SILABAS PARA LA FORMACION DE NUEVAS PALABRAS. LA PALABRA QUE SE DEBE APRENDER CONSTITUYE LA MUESTRA. SE DISPONE DE DOS PALABRAS O TRES, DEPENDIENDO DEL GRADO DE DIFICULTAD QUE SE PERSIGUE EN EL PROGRAMA, ACTUAN COMO ESTIMULOS DE COMPARACION Y SE TRATA DE ARRIBAR A UNA CONFIRMACION FINAL DE LA PALABRA DE MUESTRA. EN LA SEGUNDA SECCION, SE SEPARAN EN SILABAS LAS PALABRAS APRENDIDAS EN EL CURSO DE LA PRIMERA SECCION Y SE ESTABLECERA, MEDIANTE NUEVAS COMBINACIONES DE DICHAS SILABAS UN CONJUNTO ADICIONAL DE PALABRAS. EL PROCEDIMIENTO CONSISTE EN LA PRESENTACION DE UN ESTIMULO DE MUESTRA, CUYAS SILABAS COMPONENTES ESTAN IMPRESAS EN DISTINTOS COLORES Y LA UTILIZACION INTERMEDIA DE UN ESTIMULO INSTIGADOR QUE SERA LA PRIMERA SILABA DE LA MUESTRA.

PROGRAMAS CORRECTIVOS: CUANDO SE PRESENTAN SERIAS DIFICULTADES FRENTE A ALGUNAS PALABRAS O ANTE VARIAS, SE

HARA NECESARIO ENCARAR UN PROGRAMA CORRECTIVO EN ALGUNOS CASOS,EL PROCEDIMIENTO ADECUADO CONSISTE EN UTILIZAR MAYORES ESTIMULOS DE APOYO CON BASE EN EL COLOR Y EFECTUAR EL DESVANECIMIENTO MAS GRADUALMENTE.AUMENTANDO EL NUMERO DE PASOS.OTROS PROCEDIMIENTOS RECOMENDABLES SON:

UTILIZAR LA TECNICA DE IGUALACION SIMPLE DE LA MUESTRA CON UN SOLO ESTIMULO DE COMPARACION ;

PRESENTAR EL ESTIMULO DE MUESTRA Y TRES ESTIMULOS DE COMPARACION DE DIFERENTE LONGITUD: AL ESTIMULO DE COMPARACION CORRECTO, UNA SILABA FORMADA POR DOS LETRAS Y UNA SOLA LETRA.ESTAS DOS ULTIMAS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA IRAN AUMENTANDO GRADUALMENTE SU LONGITUD,HASTA QUE ALCANCEN UNA EXTENSION SEMEJANTE A LA DEL ESTIMULO DE COMPARACION CORRECTA.

PROGRAMA DE IDENTIFICACION VERBAL DE ESTIMULOS.

OBJETIVO: AMPLIAR EL CONTROL DE ESTIMULOS SOBRE LAS RESPUESTAS VERBALES EXISTENTES EN EL REPERTORIO DEL SUJETO. EL REPERTORIO ADQUIRIDO SE UTILIZA DESPUES COMO REPERTORIO DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE FORMAS MAS COMPLEJAS Y ELABORADAS DE CONDUCTA VERBAL.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CONCLUIDO EL PROGRAMA DE CONDUCTA VERBAL VOCAL Y EL PROGRAMA DE LECTURA

DEFINICION: PARA QUE LA CONDUCTA VERBAL SEA FUNCIONAL, EN LO QUE SE REFIERE A LOS ESTIMULOS DEL AMBIENTE, ES NECESARIO QUE ESTA SEA CONTROLADA BAJO ESTIMULOS NO VERBALES, A ESTA DEFINICION DE OBJETOS O ESTIMULOS SE LE DENOMINA TACTO. UN TACTO ES POR CONSIGUIENTE UNA RESPUESTA VERBAL QUE ESTA BAJO EL CONTROL DE UN ESTIMULO NO VERBAL PRECEDENTE.

MATERIAL: TARJETAS CON DIBUJOS DE CASAS, ARBOLES, ANIMALES, UTENCILIOS, ETC., OBJETOS AMBIENTALES QUE POSEAN CIERTA FUNCIONALIDAD ADAPTATIVA PARA EL SUJETO. ALGUNAS DE LAS TARJETAS DEBEN TENER EN LA PARTE DE ABAJO DEL DIBUJO LA IDENTIFICACION VERBAL ESCRITA Y EN OTRAS EL DESVANECIMIENTO PAULATINO DEL ESTIMULO VERBAL ESCRITO.

AREA CUBICULO

INSTRUMENTACION: EL PROGRAMA DE ESTABLECIMIENTOS DE TACTOS COMPRENDE VARIOS PASOS. PRIMERO: CONSISTE EN LA IGUALACION DEL ESTIMULO NO VERBAL, FACTOR QUE ASEGURA UNA DESCRIMINACION VISUAL APROPIADA; SEGUNDO: INTRODUCCION DE ESTIMULOS TEXTUALES DE APOYO, TERCERO: DESVANECIMIENTO DE LOS ESTIMULOS TEXTUALES DE APOYO Y CONTROL EXCLUSIVO DE LA RESPUESTA VERBAL A TRAVES DEL ESTUMULO NO VERBAL.

PROGRAMA DE TRANSCRIPCION.

DEFINICION: LA TRANSCRIPCION ES UN MEDIO DE EMISION DE LA RESPUESTA A OTRO MEDIO DE EMISION. EL CASO MAS CLARO, ES EL DICTADO, QUE CONSISTE EN LA TRANSCRIPCION DE LA CONDUCTA VERBAL DE UN MEDIO VOCAL A UN MEDIO MOTOR, ES DECIR, DEL HABLA A LA ESCRITURA.

OBJETIVO: COMO RESULTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS EL SUJETO DEBE EMITIR LA RESPUESTA ESCRIBIR, POR EJEMPLO: CASA. QUE DEBE HALLARSE BAJO EL CONTROL INMEDIATO DEL ESTIMULO INMEDIATO PRECEDENTE "CASA".

REPERTORIO DE ENTRADA: SE DEBE CONTAR CON LOS REPERTORIOS DE CONDUCTA VERBAL HABLADA, CONDUCTA VERBAL ESCRITA Y CONDUCTA VERBAL TEXTUAL.

PROCEDIMIENTO: CUANDO EL SUJETO COPIA LA PALABRA ESCRITA, EL ENTRENADOR PRONUNCIA LA RESPUESTA TEXTUAL CORRESPONDIENTE, POR EJEMPLO: "CASA", HACE QUE EL SUJETO EMITA LA ECOICA RESPECTIVA. EL SIGUIENTE PASO RADICA EN LA PRESENTACION DEL ESTIMULO VERBAL POR PARTE DEL ENTRENADOR HASTA QUE PRECEDA A LA RESPUESTA DE ESCRIBIR DEL SUJETO; EN ESE MOMENTO COMIENZA A DESVANECERSE PROGRESIVAMENTE EL ESTIMULO VISUAL TEXTUAL HASTA QUE SE OBTENGA LA SECUENCIA: ESTIMULO AUDITIVO-RESPUESTA, ESCRITA-RESPUESTA, ECOICA-VOCAL. EL ULTIMO PASO, CONSISTE EN LA SUPRESION PAULATINA DE LA RESPUESTA ECOICA DEL SUJETO, MEDIANTE EL MANEJO ADECUADO DE LAS CONTINGENCIAS DE REFORZAMIENTO.

PROGRAMA DE COMPRESION.

OBJETIVO: EL SUJETO SERA CAPAZ DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS ACERCA DE LA IDENTIDAD Y LAS ACCIONES DE LOS PERSONAJES DE UN MATERIAL ACTUADO, NARRADO O LEIDO, DE UNA EXTENSION APROXIMADA DE UNA CUARTILLA.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CUBIERTO LOS REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS DE REPERTORIOS BASICOS, ECOICAS, TACTOS E INTRAVERBALES; PARA APLICAR LA PARTE DE COMPRENSION DE LO LEIDO SE REQUIERE ADEMAS DE UN REPERTORIO TEXTUAL BIEN ESTABLECIDO.

MATERIAL: CUENTOS CORTOS DE LONGITUD VARIABLE (DE 50 A 300 PALABRAS Y UN BANCO DE PREGUNTAS PARA CADA CUENTO; PREGUNTAS SOBRE LA IDENTIDAD Y LAS ACCIONES DE LOS PERSONAJES).

AREA: SALON DE CLASES O CUBICULO.

PROGRAMA DE COMPRENSION DE LECTURA.

OBJETIVO: EL SUJETO SERA CAPAZ DE DECIR CON SUS PROPIAS PALABRAS LO QUE HAYA LEIDO EN UN TEXTO DE CINCO PARRAFOS.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CUBIERTO LOS REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS BASICOS, ECOICAS, TACTOS, INTRAVERBALES Y LECTURA.

MATERIAL: FIGURAS QUE REPRESENTEN UN OBJETO Y TARJETAS CON PALABRAS QUE REPRESENTEN CADA UNA DE LAS FIGURAS, FIGURAS QUE REPRESENTEN ACCIONES Y TARJETAS CON FRASES QUE REPRESENTEN LAS ACCIONES, CUENTOS CORTOS DE CINCO PARRAFOS.

AREA: SALON DE CLASES O CUBICULO.

PROGRAMA DE ARTMETICA.

- PARTE I

OBJETIVO: DADO UN NUMERO DEL 1 AL 10, EL SUJETO SERA CAPAZ DE ESCRIBIR Y TOMAR LAS FECHAS CORRESPONDIENTES A TAL NUMERO DE UN GRUPO DE FICHAS.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CUBIERTO LOS REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS DE REPERTORIOS BASICOS, TACTOS, INTRAVERBALES, PREESCRITURA Y DISCRIMINACION DE FORMAS.

AREA: CUBICULO O SALON DE CLASES .

MATERIAL: FICHA DE PLASTICO O CARTON, O CORCHOLATAS; TARJETAS DE 10 X 10 CM.,EN CADA UNA DE LAS CUALES SE HA

ESCRITO UN NUMERO DEL 1 AL 10; TARJETAS CON CONJUNTOS DE OBJETOS; PAPEL Y LAPIZ.

-PARTE II.

OBJETIVO: EL SUJETO HARA CUALQUIER SUMA O RESTA QUE TENGA COMO RESULTADO EL NUMERO 10 O MENOR DE 10, UTILIZANDO NUMEROS ESCRITOS Y SIN AYUDA DE NINGUN TIPO.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CUBIERTO LA PRIMERA PARTE DEL PROGRAMA.

AREA: SALON DE CLASE O EL CUBICULO.

MATERIAL: EL MISMO MATERIAL DE LA PRIMERA PARTE, ADEMAS DE UNA TARJETA DE 10 X 10 CM., CON EL SIGNO + (MAS); OTRA IGUAL CON EL SIGNO - (MENOS), Y OTRA MAS CON EL SIGNO = (IGUAL).

PROGRAMA DE CIVISMO.

OBJETIVO: EL SUJETO SERA CAPAZ DE HACER USO DE LOS SERVICIOS PUBLICOS, COMO CORREOS ,ETC., PROPORCIONANDO LOS DATOS NECESARIOS Y ACUDIENDO LAS PERSONAS ADECUADAS.

REPERTORIO DE ENTRADA: HABER CUBIERTO LOS REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS DE REPERTORIOS BASICOS, TACTOS, INTRAVERBALES Y ARITMETICA.

MATERIAL: LAMINAS DE LOS LUGARES Y PERSONAS RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS Y LAS SITUACIONES DE LA VIDA DIARIA.

AREA: SALON DE CLASE Y SI ES POSIBLE LOS LUGARES MENCIONADOEN EL OBJETIVO, DENTRO DE LA INSTITUCION.

CONCLUSIONES.

1.- La intervención del pedagogo en la atención a internos con alteraciones específicas de la conducta (trastorno mental), en nuestro país no está aún bien definida, ni dentro del Sistema Penitenciario Mexicano, ni tampoco en las instituciones públicas y privadas dedicadas a la atención psiquiátrica de este tipo de personas.

2.- La falta de preparación, actualización y profesionalización de algunos pedagogos, dificulta, objetivizar las aspiraciones individuales y la comprensión global de la estructura curricular requerida para la elaboración de programas apegados a las necesidades reales de educación especial en nuestro país y en particular de las personas con necesidades educativas especiales, por padecer algún tipo de alteración en la conducta ocasionadas por el uso y abuso de drogas, que conlleva a un estado de trastorno neurológico, alterando sus habilidades intelectuales y psicomotoras que lo hacen dependientes en algunas funciones básicas que a través de la rehabilitación son recuperables, mantenidas y en lo posible incrementadas o encaminadas hacia nuevas formas de convivencia cotidiana, acordes a su nuevo ambiente y en el CEFEREPSI, en particular, debe tomarse en cuenta, la preocupación y necesidad que enfrentan los pedagogos por elevar sus conocimientos de educación especial, para que los internos enfrenten con menor problema su vida al regresar a su cárcel de origen o bien al salir de ella logre como individuo rehabilitado una reintegración más autosuficiente ante su familia y la sociedad.

3.- La falta de expectativas laborales, a causa de que los psicólogos educativos y médicos psiquiatras son contratados para realizar funciones inherentes al pedagogo en la atención de personas con alteraciones específicas de la conducta, susceptibles de recibir tratamiento rehabilitatorio a través de la pedagogía terapéutica. Estos aspectos limitan la importancia que el pedagogo debe darse por alcanzar la especialidad y por ende luchar por ocupar un lugar importante en el equipo multidisciplinario e interdisciplinario dentro del Sistema Penitenciario Mexicano; limitándose solo a realizar funciones de asesor académicas.

4.- Con la creación del CEFEREPSI, se abre una nueva posibilidad para investigar y elaborar programas destinados a internos inimputables procesados y/o sentenciados con alteraciones específicas de la conducta y de alta peligrosidad que ingresaron al sistema penitenciario sin haber sido atendidos en su problema psicopatológico, convirtiéndolos en seres marginados o considerados como "seres inservibles", improductivos, sin autonomía ni consciencia. En los casos más extremos, durante años se les dio trato de enfermos terminales sin serlo, a falta de un adecuado diagnóstico confirmatorio, sin esperanza de poder en algún momento, recuperar las

habilidades y/o aprendizajes perdidos que por razones variadas llegaron a ese estado de salud mental antes o después de haber ingresado a una cárcel.

5.- Se hace necesario, desde la carrera, hacer del conocimiento de los estudiantes de pedagogía, la definición, los alcances, las especialidades, las instituciones, las acciones políticas y educativas que nuestro país requiere de él hoy en día ,rumbo al fin del milenio ,a pesar de y con el pesar del grave atraso educativo y cultural que enfrentamos en el trabajo terapéutico si de educación especial hablamos.

6.- Una propuesta personal sería a manera reflexiva :

"Nunca es tarde para empezar a trabajar los verdaderos fines de la educación a través de acciones pedagógicas para alcanzar una educación integral. Si bien la participación del pedagogo es importante más no la solución definitiva en la prevención y solución a los problemas de retardación mental. Hacen falta cambios radicales en muchos de los fenómenos sociales de la estructura política que dan origen a los problemas psicosociales y sociológico de modo más inmediato cambios necesarios en las instituciones que imparten justicia, educación y salud mental :Vicios del Sistema Penitenciario, la poca difusión de los objetivos al servicio de los reclusos por deterioro de alteración conductual, la falta de profesionalización y capacitación del equipo multidisciplinario, la falta de acciones comunitarias ,la no existencia de una legislación que proteja al enfermo mental del abandono familiar, la existencia de una legislación ayudaría a mejorar algunos aspectos como: La indiferencia social, la violación a los derechos humanos de los enfermos mentales reclusos. Y, por último, hace falta implementar programas preventivos del delito en personas con problemas de discapacidad mental y enfermedades de tipo psiquiátrico y supervisar todo lo que desencadena la mala administración pública, el mal funcionamiento de las instituciones al servicio de la sociedad mexicana.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-AVANZIN. GUY** LA PEDAGOGIA EN EL SIGLO XX,
NARCEA,EDICIONES MADRID,1997
- 2.-BENNER DIETRICH** LA PEDAGOGIA COMO CIENCIA.
EDICIONES POMARES CORREDOR,
BARCELONA 1998.
- 3.-CERVANTESCASTILLO MA.DEL ROCIO Y
FRIAS ALVAREZ VERONICA** TESIS ,”IMPORTANCIA DEL PAPEL
DEL PEDAGOGO PARA LA
REALIZACION DEL MEPEM.PARA
PERSONAS CON INADAPTABILIDAD
SOCIAL ”,ESTUDIO DE CADO DEL
RECLUSORIO NEZA SUR TEPOZANES,
ENEP ARAGON, ESTADO DEMEXICO,
1997.
- 4.- COLODRON, A..** LAS ESQUIZOFRENIAS, SINDROME
DE KRAEPELIN-BLEULER.SIGLO XXI
DE ESPANA EDITORES S.A.,MADRID.
- 5.-CUEVAS RIVAS,PERONA** EL MODELOPSICOEDUCATIVOENLA
REHABILITACION PSICOSOCIAL
DE PACIENTES PSICOTICOS
CRONICOS.EN VARIOS AUTORES:
DE LA REHABILITACION AL EMPLEO.
PONENCIA PRESENTADA EN EL
PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACION

- MADRILEÑA DE REHABILITACION
PSICOSOCIAL.MADRID,
22 Y 23 DE MAYO DE 1995.**
- 6.-DICCIONARIO
DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACION
DE LA I-Z,EDITORIAL SANTILLANA
SEP.,MEXICO,1999.**
- 7.-LARROYO FRANCISCO
DICCIONARIO DE PEDAGOGIA,
EDITORIAL PORRUA,452-462.**
- 8.-LIBERMAN R.P.
REHABILITACION INTEGRAL DEL
ENFERMO MENTAL CRONICO,
MARTINEZ ROCA,BARCELONA,1998.**
- 9.-LUZORIAGA LORENZO
IDEAS PEDAGOGICAS DEL SIGLO XX,
EDIT.LOZADA,S.A.EDIC.4,1998.**
- 10.-PATTERSON,C.H.
BASES PARA UNA TEORIA DE LA
ENSEÑANZA Y PSICOLOGIA DE LA
EDUCACION EDITORIAL MANUAL
MODERNO,MEXICO 1992.**
- 11.-RODRIGUEZ,ABELARDO.
REHABILITACION PSICOSOCIAL DE
PERSONAS CON TRASTORNOS
MENTALES CRONICOS, COLECCIÓN DE
PSICOLOGIA ,PIRAMIDE, MADRID,1997.**

12.-SOLIS QUIROGA HECTOR.

**EDUCACION CORRECTIVA EN MEXICO,
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
PENALES CAPITULO IV Y V, MEXICO
DISTRITO DEFERAL,1982.**

13.-SOLIS QUIROGA HECTOR.

**LA EDUCACION CORRECTIVA EN
LA TEORIA,INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS PENALES,MEXICO D.F.,
CAPITULO VI ,1986.**

14.-SHEPHERD,G.

**FUNDAMENTOS PSICOLOGICOS Y
PSIQUIATRICOS DE LA REHABILITACION,
AVANCES RECIENTES DE LA
REHABILITACION PSIQUIATRICA.
ED.SIGLOXXI,MADRID,1996.**

HEMEROGRAFIA

- 1.- CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (S/F), "MANUAL DE ORGANIZACIÓN", MORELOS, 1997.
- 2.- CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL "MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCION MEDICO-TECNICA". MORELOS, 1998.
- 3.-CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL "PLAN NACIONAL DE ATENCION PSIQUIATRICA PARA LA PENITENCIARIA NACIONAL", MORELOS, 1997.
- 4.- CNDH. "LOS PRINCIPALES DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD", APARTADO V "DERECHO A LA EDUCACION", MEXICO ,1997.
- 5.- INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA "SALUD MENTAL", VOLUMEN 21 REVISTA NUM.3 , MEXICO DISTRITO FEDERAL, 1998.
- 6.- SECRETARIA DE GOBERNACION. REVISTA NUM. 30 "DE ACTUALIZACION DE MANDOS DEL SISTEMA PENITENCIARIO MEXICANO" ENERO, IXTAPAN DE LA SAL, 1998.

ANEXOS.

- 1.-Pruebas y diagnósticos que se utilizan en CEFEREPSI, en el área de psicopedagogía.
- 2.-Cuestionarios(6), que sirvieron para la integración de la investigación contestados por personal de CEFEREPSI.
- 3.-Clasificación D.M.S.-IV, manual diagnóstico y estadístico ,la revisión más actualizada,1997.
- 4.-CIE-10, Clasificación Internacional de las enfermedades-OMS,última edición

PRUEBA DE ATENCION A OBJETOS PROXIMOS.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____

EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____

RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

- a) Señale, tocándolas, cuatro partes diferentes de la mesa o del mueble sobre el que esté trabajando. (Instrucción: "mire aquí").

| | | | | |
|-----------|---|---|---|---|
| ENSAYO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RESPUESTA | | | | |

- b) Señálense, tocándolo, cuatro diferentes objetos que se hallen sobre la mesa. (Instrucción: "mire aquí").

| | | | | |
|-----------|---|---|---|---|
| ENSAYO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RESPUESTA | | | | |

- c) Señálense, tocándolas, cuatro partes de la cara del evaluador; por ejemplo: oreja, boca, nariz, ojos. (Instrucción: "mire aquí").

| | | | | |
|-----------|---|---|---|---|
| ENSAYO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RESPUESTA | | | | |

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____

FECHA: _____

PRUEBA DE ATENCION A OBJETOS DISTANTES.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____

EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____

RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Senfense con el dedo diez objetos que se hayen en el cuarto, variando la posición de éstos con respecto al sujeto: izquierda, derecha, arriba, abajo, atrás, adelante. El objeto señalado puede nombrarse, por ejemplo: "mire el calendario", "mire el foco", etc.

| | | | | |
|-----------|---|----|---|---|
| ENSAYO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RESPUESTA | | | | |
| ENSAYO | 5 | 6 | 7 | 8 |
| RESPUESTA | | | | |
| ENSAYO | 9 | 10 | | |
| RESPUESTA | | | | |

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____

FECHA: _____

PROEBA DE ATENCION AL EVALUADOR.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____
 RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Consiste en que el sujeto haga contacto visual con el evaluador cuando éste lo llame por su nombre. A lo largo de la evaluación, por lo menos en tres ocasiones, se le debe llamar y anotar si ocurre o no el contacto. Si el sujeto tiene tres o más errores en alguna de las variantes (objetos próximos y distantes) debe ser entrenado en la que haya fallado.

No se debe reforzar entusiastamente las respuestas correctas, pero tampoco deberá adoptar el evaluador una actitud demasiado adusta. Deben usarse las verbalizaciones o patrones culturales comunes que se hacen cuando se le pide a una persona que mire a algo y lo hace; verbalizaciones como: "Si, eso es", "a eso me refiero", etc. Si el sujeto hace alguna pregunta buscando aclaraciones, debe responderse correctamente.

| | | | | |
|-----------|---|---|---|---|
| ENSAYO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| RESPUESTA | | | | |

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____
 FECHA: _____

PRUEBA DE IMITACION.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD REPERCIDA: _____
 RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Antes de iniciar la presentación de los estímulos, debe instruirse al sujeto de lo que se quiere que haga: "haga lo mismo que yo voy a hacer", o "repita lo que yo haga". En caso de que no haya respuesta al primer intento, debe darse la instrucción antes de presentarse el reactivo por segunda vez. Se anotará falla si tampoco en la segunda ocasión se obtiene respuesta imitativa.

Para que una respuesta se considere imitativa debe ocurrir dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del estímulo y ser semejante a éste.

CONDUCTAS POR IMITAR.

- 1. Levantar el brazo izquierdo hacia arriba. _____
- 2. Levantar el brazo derecho hacia arriba. _____
- 3. Levantar ambos brazos hacia arriba. _____
- 4. Levantar el brazo izquierdo hacia un lado. _____
- 5. Levantar el brazo derecho hacia un lado. _____
- 6. Levantar ambos brazos hacia los lados. _____
- 7. Sentarse. _____
- 8. Rararse. _____
- 9. Aplaudir. _____
- 10. Tocarse la cabeza con la mano. _____
- 11. Tocarse la nariz con la mano derecha. _____
- 12. Tocarse la oreja con la mano derecha. _____
- 13. Tocarse la boca con la mano derecha. _____
- 14. Tocarse el hombro con la mano derecha. _____
- 15. Tocarse la pierna con la mano derecha. _____

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____

FECHA: _____

PRUEBA DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____
 RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Antes de iniciar la evaluación, debe instruirse el sujeto en lo que se quiere que haga: "haz lo que te voy a decir". Cada instrucción se le presentará dos veces, con un intervalo de diez segundos entre las presentaciones. Se tomará la respuesta como correcta si ocurre dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del reactivo.

Es posible alterar el orden en que las instrucciones se presentan, de modo que no se le pida sentarse a alguien que ya lo está. Esta posibilidad puede presentarse cuando el evaluador decide saltarse algunos reactivos por haber comprobado con anterioridad su correcta ejecución. Por ejemplo el evaluador puede saber que el sujeto sigue correctamente la instrucción "sientate", por haberlo comprobado al iniciarse la evaluación.

- 1. Vete allí (señalandole algún lugar). _____
- 2. Abre la puerta. _____
- 3. Trae eso (cualquier objeto). _____
- 4. Deje eso (cualquier objeto). _____
- 5. Vanga aquí. _____
- 6. Siéntese aquí. _____
- 7. Mire allí (señalando cualquier lugar). _____
- 8. Abra la boca. _____
- 9. No te muevas. _____
- 10. Tome el lápiz. _____
- 11. Parese. _____
- 12. Cierre la puerta. _____
- 13. Agáchese. _____
- 14. No (refiriendose a cualquier acción que esté realizando). _____

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____
 FECHA: _____

PRUEBA DE CONDUCTA MOTORA GRUPO A.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD REQUERIDA: _____
 RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Se le darán al sujeto las instrucciones verbales en cada reactivo. Si no da muestras de entender, deben modelarse las conductas deseadas diciéndole "haz esto". Después de las ejecuciones correctas, deben decirse al sujeto frases como "eso es" o "correcto", en tono más o menos impecable. Si el sujeto no sigue instrucciones ni tiene repertorios imitativos, debe evaluarse informalmente el mayor número de conductas posibles.

Los reactivos están ordenados por dificultad creciente; pueden suprimirse los más sencillos en los casos en que sea obvio que el sujeto lo puede hacer. La prueba debe terminar cuando se presenten dos fallas seguidas en cada una de las categorías (locomoción, equilibrio y coordinación y fuerza).

Hacer un registro anecdótico de la forma en que se realizan las conductas.

LOCOMOCION.

1. Rodar sobre sí mismo. _____
2. Arrastrarse en cierta dirección. _____
3. Gatear con manos y rodillas. _____
4. Caminar con apoyo de alguien. _____
5. Caminar sólo. _____
6. Caminar para atrás. _____
7. Subir la escalera sin alternar los pies. _____
8. Bajar una escalera sin alternar los pies. _____
9. Subir alternando los pies. _____
10. Bajar alternando los pies. _____

COORDINACION Y FUERZA.

1. Acostado boca abajo, levantar la cabeza 90°. _____
2. Levantar el pecho apoyándose con los brazos. _____
3. Rodar de posición supina a prona, y viceversa. _____
4. Sentarse y dejar las manos libres. _____
5. Ejecutar una maroma. _____
6. Bajar una escalera cargando un objeto con ambas manos. _____
7. Transportar un líquido dos metros sin derramarlo. _____
8. Acarrear una silla. _____

EQUILIBRIO.

1. Tener la cabeza erecta al estar sentado. _____
2. Estar parado con apoyo. _____

PRUEBA DE CONDUCTA MOTORA FINA.

NOMBRE: _____ Zt _____ Es _____
EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____
RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Seguir las mismas instrucciones que para conducta motora gruesa.

1. Rodar una pelota. _____
2. Tocarse la nariz con el dedo índice. _____
3. Alcanzar los objetos con ambas manos. _____
4. Alcanzar los objetos con una mano. _____
5. Cambiar un objeto de una mano a otra. _____
6. Insertar un corcho en una botella. _____
7. Sacar objetos de un recipiente. _____
8. Meter objetos en un recipiente. _____
9. Poner la tapa a un frasco. _____
10. Quitar la tapa a un frasco. _____
11. Tomar los objetos con los dedos sin utilizar las palmas. _____
12. Tomar un objeto con una sola mano, utilizando únicamente los dedos. _____
13. Desenrollar un dulce. _____
14. Recortar figuras de papel. _____

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____

FECHA: _____

ANEXAR REGISTRO ANECDOTICO.

PRUEBA DE IMITACION VOCAL (ECOICAS).

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
EDAD: _____ ESCOLARIDAD REFERIDA: _____
RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Presentar los siguientes estímulos con la instrucción: "repita lo que voy a decir". En caso de falta de respuesta en la primera ocasión, debe presentarse el estímulo por segunda vez, con la instrucción. Se anotará falla si tampoco en esta vez hubo respuesta imitativa. Deben transcurrir diez segundos entre las presentaciones de dos estímulos consecutivos.

Para que una respuesta se considere imitativa debe ocurrir dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del estímulo, y ser semejante a éste.

PALABRAS POR IMITAR.

1. Mamá. _____
2. Papá. _____
3. pan. _____
4. Mami. _____
5. Pepe. _____
6. Casa. _____
7. Leche. _____
8. Coche. _____
9. José. _____
10. Verde. _____
11. Rojo. _____
12. Amarillo. _____
13. La mesa. _____
14. La muñeca. _____
15. El niño. _____

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____
FECHA: _____

PRUEBA DE TACTOS.

NOMBRE: _____ Z: _____ E: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD REQUERIDA: _____
 RESULTADO: _____ RECOMENDACION: _____

Debe decirse "dígame que es esto" o "¿cómo se llama esto?", mientras se presenta el estímulo, y debe señalarse claramente el objeto aludido. En esta prueba, los errores pueden ser de dos tipos: a) falta de respuesta, y, b) respuesta equivocada. En este caso no debe contarse un error si la respuesta corresponde con el estímulo presentado; por ejemplo, al presentársele la botella puede responder "refresco", esto no es un error aunque la respuesta no sea la que esperábamos. Cuando suceda algo similar debe anotarse la respuesta dada sin contarla como falla.

PRESENTAR LOS SIGUIENTES OBJETOS.

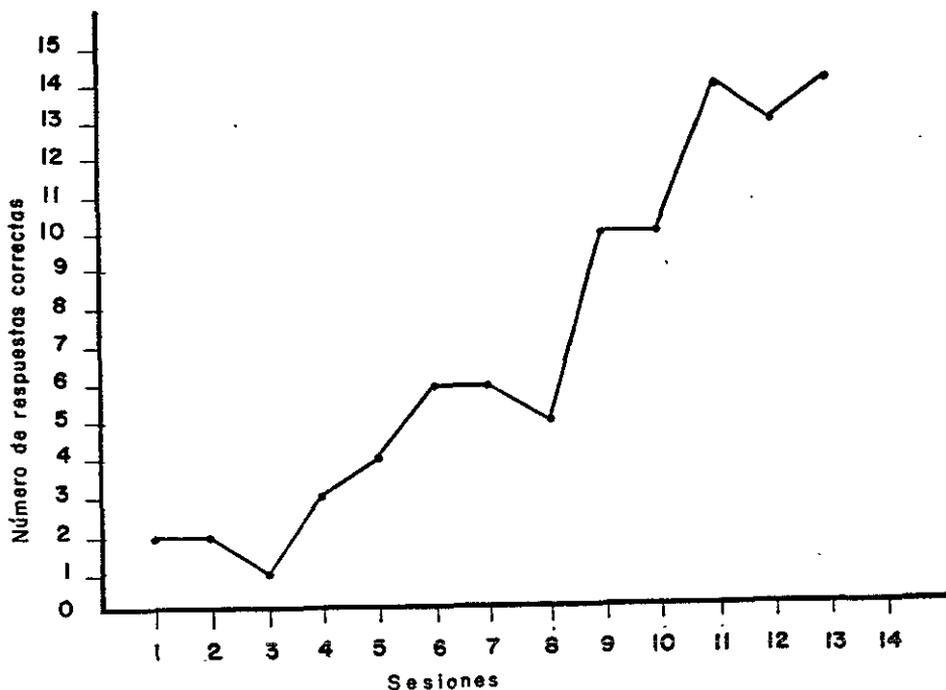
| | F.R. | R.P. | R.C. |
|---------------------|-------|-------|-------|
| 1. Botella | _____ | _____ | _____ |
| 2. Vaso. | _____ | _____ | _____ |
| 3. Puerta. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Bolsa. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Pelota. | _____ | _____ | _____ |
| 6. Moneda. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Bote. | _____ | _____ | _____ |
| 8. Cuaderno. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Hoja de papel. | _____ | _____ | _____ |
| 10. Goma de borrar. | _____ | _____ | _____ |
| 11. Foco. | _____ | _____ | _____ |
| 12. Coche. | _____ | _____ | _____ |
| 13. Plátano. | _____ | _____ | _____ |
| 14. Silla. | _____ | _____ | _____ |
| 15. Mesa. | _____ | _____ | _____ |
| 16. Lápiz. | _____ | _____ | _____ |
| 17. Billeto. | _____ | _____ | _____ |
| 18. Libro. | _____ | _____ | _____ |
| 19. Pluma. | _____ | _____ | _____ |
| 20. Apagador. | _____ | _____ | _____ |

OBSERVACIONES: _____

EVALUADOR: _____
 FECHA: _____

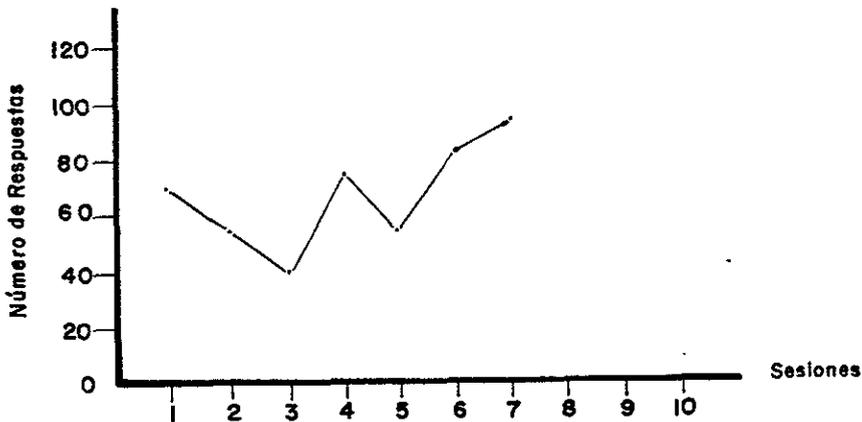
UN ASPECTO MEDULAR DE LOS PROGRAMAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA, ES LA NECESIDAD DE MEDIR CONTINUAMENTE LOS CAMBIOS QUE SE VAYAN DANDO EN LAS RESPUESTAS. ESTA DEBE SER OBJETIVA, DE TAL MANERA, QUE DOS OBSERVADORES OBTENGAN RESULTADOS SIMILARES AL REGISTRAR INDEPENDIEMENTE EL MISMO EVENTO. PARA ELLO ES NECESARIO ESTABLECER CATEGORIAS CONDUCTUALES PRECISAS, PARA DETERMINAR QUE SE VA A MEDIR, Y POR OTRA PARTE COMO SE VA A MEDIR, ES DECIR, EL TIPO DE REGISTROS. EN LA MEDIDA QUE SE OBTIENEN LOS DATOS PROPORCIONADOS POR UN DETERMINADO REGISTRO, ESTOS DEBEN GRAFICARSE DE FORMA TAL QUE SE PUEDAN APRECIAR CLARAMENTE LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR EL PROGRAMA.

EN LA MAYORIA DE LOS PROGRAMAS SE REGISTRAN LAS RESPUESTAS CORRECTAS Y LAS INCORRECTAS Y SE SACA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS POR SESION; LA GRAFICA DEBE MOSTRAR, EN EL EJE VERTICAL - EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS POR SESION, Y EN EL EJE HORIZONTAL LAS SESIONES.

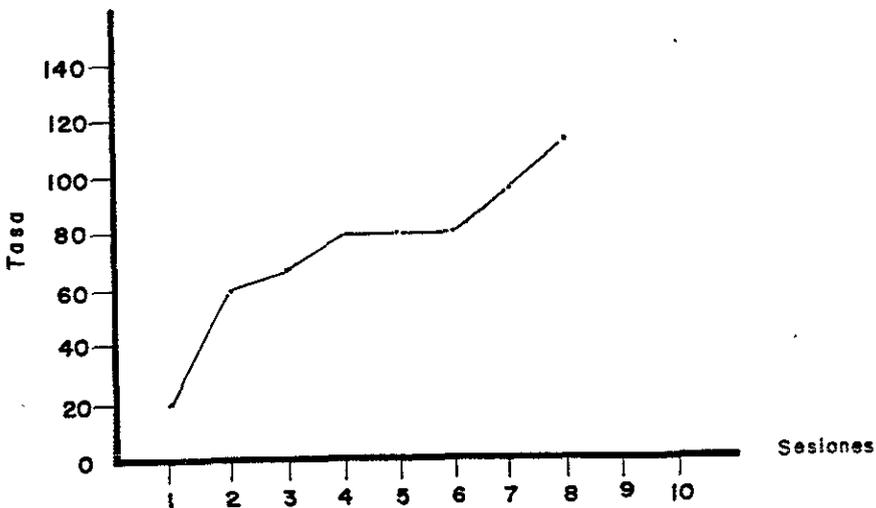


EN ALGUNOS CASOS RESULTA NECESARIO ELABORAR OTRO TIPO DE GRAFICAS: ACUMULATIVA, DE CONDUCTAS ESTABLECIDAS AL FINAL DE CADA SESION, - DE CONDUCTAS ESTABLECIDAS AL FINAL DE CIERTO PERIODO, ETC. LA NATURALEZA DE LA GRAFICA DEPENDE DEL SISTEMA DE REGISTRO EMPLEADO Y DEL OBJETIVO QUE SE PERSIGUE CON LA PRESENTACION DE LOS DATOS.

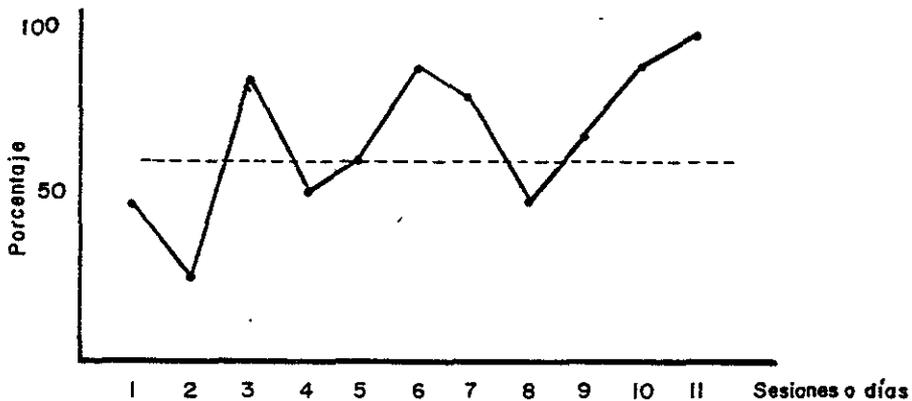
POLIGONO DE FRECUENCIA. SE REPRESENTA LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE EVENTOS POR UNIDAD DE TIEMPO EN CADA UNA DE LAS SESIONES.



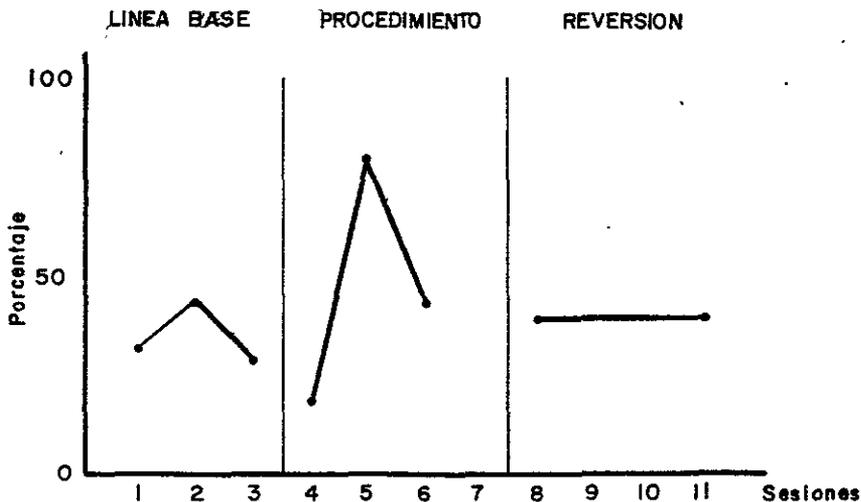
GRAFICA ACUMULATIVA. NUMEROS DE RESPUESTAS PRESENTADAS EN CADA SESION SE VA SUMANDO AL TOTAL DE LAS SESIONES ANTERIORES.



GRAFICA DE PORCENTAJE EN LA LINEA VERTICAL SE PONEN, LOS PORCENTAJES DE TIEMPO O EL TOTAL DE INTERVALOS EN QUE UNA CONDUCTA SE PRESENTO. LA LINEA PUNTEADA HORIZONTAL PUEDE REPRESENTAR EL PROMEDIO O LOS VALORES ESPERADOS, O ALGUNA OTRA MEDIDA DE COMPARACION.



EN ESTA GRAFICA SE SEÑALAN LAS DIFERENTES FASES DEL PROCEDIMIENTO. EL POLIGONO SE INTERRUMPE ENTRE UNA FASE Y OTRA.



A CONTINUACION SEÑALAREMOS ALGUNOS TIPOS DE REGISTROS QUE PUEDEN SER UTILES PARA LOS PROGRAMAS.

REGISTRO ANECDOTICO: CONSISTE EN ANOTAR, EN TERMINOS DE CONDUCTA OBSERVABLE, TODO LO QUE OCURRE EN UNA SITUACION ESPECIFICA, DURANTE EL PERIODO DE OBSERVACION. SE EMPLEA POR LO GENERAL, COMO UN PRIMER PASO PARA COMENZAR A OBSERVAR UNA CONDUCTA; UTIL PARA EL REGISTRO DE CONDUCTAS PROBLEMATICAS Y SOCIALES, YA QUE EL PROTOCOLO INCLUYE ANTECEDENTES, CONDUCTA Y CONSECUENCIAS, QUE NOS DA UN PANORAMA DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE PRODUCE LA CONDUCTA DE INTERES.

| DATOS GENERALES | | |
|-----------------|----------|---------------|
| ANTECEDENTES | CONDUCTA | CONSECUENCIAS |
| | | |

REGISTRO DE OCURRENCIA POR OPORTUNIDAD: SE REGISTRA LA CONDUCTA CADA VEZ QUE OCURRE. EN ESTE CASO SE LE DA AL SUJETO LA "OPORTUNIDAD DE QUE RESPONDA, PRESENTANDO UN ESTIMULO ANTE EL CUAL DEBE ACTUAR; EL ESTIMULO PUEDE SER UNA SERIE DE INSTRUCCIONES O LA SIMPLE RESPUESTA DE UN MODELO.

| DATOS GENERALES | | | |
|------------------------------------|------------|-------|---|
| ESTIMULOS | OCURRENCIA | TOTAL | % |
| LEVANTAR LA MANO | | | |
| SENTARSE | | | |
| CORRER | | | |
| TOTAL DE RESPUESTAS CORRECTAS | | | |
| PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS | | | |

REGISTRO DE BLOQUE CONTINUO SE UTILIZA CON CONDUCTAS QUE TIENEN LA CARACTERISTICA DE QUE ES DIFICIL DECIR CUANDO COMIENZAN O CUANDO TERMINAN. CONSISTE EN DIVIDIR EL PERIODO DE OBSERVACION EN PEQUEÑOS INTERVALOS UNIFORMES Y ANOTAR SI LA CONDUCTA DE INTERES OCURRE O NO EN CADA UNO DE ESOS INTERVALOS. SI SE UTILIZA, POR EJEMPLO, UN BLOQUE DE DIEZ SEGUNDOS, ESTO QUIERE DECIR QUE EL TIEMPO TOTAL DE OBSERVACION SE DIVIDEN EN LAPROS DE DIEZ SEGUNDOS; CADA DIEZ SEGUNDOS SE INICIA UN NUEVO BLOQUE Y EL OBSERVADOR ANOTA SI EN CADA BLOQUE OCURRIO O NO LA CONDUCTA DE INTERES.

| DATOS GENERALES | | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| INTERVALOS | 10" | 10" | 10" | 10" | 10" | 10" | % |
| CATEGORIAS | | | | | | | |
| CONDUCTA X | | | | | | | |
| CONDUCTA X | | | | | | | |
| CONDUCTA Z | | | | | | | |

FORMAS DE REGISTRO PARA REPERTORIOS BASICOS: EN LA PARTE SUPERIOR DE UNA HILERA DE CUADROS SE ANOTA EL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO -- UTILIZADO (RfC, Rf, ___) Y EN CADA CUADRO SE PONE EL NUMERO DE LA RESPUESTA DEL PROGRAMA (1, 2, n), ACOMPAÑADO DE UNA PALOMA SI FUE EJECUTADA CORRECTAMENTE, O DE UNA CRUZ SI NO LO FUE. EN CASO DE HABER SIDO EJECUTADA CORRECTAMENTE, SE AGREGA UNA i COMO INDICE INFERIOR PARA SEÑALAR QUE SE INSTIGO LA RESPUESTA O UNA d PARA INDICAR QUE SE COMENZO A DESVANECER LA INSTIGACION.

Fecha _____ Registro _____ Programa: *imitación* R.F. 10

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|--|--|
| 1 [✓] | 1 [✓] | 2 [✓] | 2 [✓] | 3 _i [✓] | 3 _d [✓] | 3 [✓] | 3 [✓] | 4 _x | 4 _i [✓] | 4 _i [✓] | 4 _d [✓] | 4 _d [✓] | 4 [✓] | 4 [✓] | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

5-1

CUESTIONARIO

SEXO F

EDAD 37 a.

FECHA 24-III-96

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Area de Psicopedagogía?

- Técnicas de E.K.A. Educación para la vida

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en el CEFEREPSI?

NO porque se han tratado de adaptar al interno - talón

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué?

+ No tendríamos que enriquecerlos más y que sean los idóneos para el paciente ya que lo importante no es certificar sino mantener capacidades

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

Mucha influencia

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

+ es lo más importante esta relación con sus compañeros, así como su comportamiento

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

• programas que permitan su autonomía, actividades culturales, deportivas, sociales, etc. que permitan al interno un mejor desarrollo de sus habilidades.

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

- sirve para determinar los niveles de aprendizaje que tiene el interno y así poder diseñar un programa de actividades que se adapten a sus necesidades.

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

• Diagnóstico de conocimientos
• Diagnóstico de habilidades
• Diagnóstico de actitudes

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

- Sí

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?

- Sí

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

* Realizado cuando el interno ya no tiene
integración medicamentosa, que se encuentre este
para mejorar la confiabilidad del diagnóstico

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

-

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento? HE OBSERVADO CAMBIOS EN SU PERSONA SEGURIDAD, EL INTERÉS QUE PONEN POR ACUDIR AL CENTRO PSICOPEDAGÓGICO DONDE COMO ALGUNOS REFIEREN QUE ALGUNOS CONCEPTOS ESTABA OLVIDADOS. Y ESTO QUE HACEMOS LOS HAYUDA DEMAGOGADO YA QUE SE EJERITA LA RETENCIÓN, MEMORIA ETC.

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual? ELABORAR UN PROGRAMA ESPECIAL DE EDUCACIÓN PARA ESTE TIPO DE PACIENTES, PEDIR ASESORIA DIRECTA A LA S.E.P.

- EXISTEN NIÑOS CON PROBLEMAS DE MANEJO QUE SON ATENDIDOS POR LA S.E.P A TRAVÉS DE PROGRAMAS ESPECIAL
- MINUSVALIDOS ETC,

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

PARA REALIZAR UNA VALORACIÓN SOBRE SU EDO ACTUAL DEL PACIENTE, DE ACUERDO AL NIVEL REFERIDO. A TRAVÉS DE ESTE DIAGNÓSTICO SE PODRÁ UBICAR EN EL NIVEL CORRESPONDIENTE CON LA FINALIDAD DE REVISAR CONTENIDOS

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
- DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

SE HA OBSERVADO QUE EN RARAS OASIONES EL DIAGNÓSTICO NO ES MUY CONFIABLE SURTIENDO INTENCIONALES LO QUE OBLIGA A LAS PERSONAS RESPONSABLES APLICAR NUEVAMENTE ESTA VALORACIÓN. SE SUGIERE APLICAR EVALUACIONES INMEDIATAS DE CONDICIONANTES BASICOS QUE UNA PERSONA DEBE MANTENER EN SU MEMORIA.

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno? NO.

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

- INTERNOS CON CIERTO GRADO DE ESTUDIOS Y UNA ATENCIÓN EXCLUSIVA DE REVISIÓN DE CONTENIDOS

- CON CIERTO GRADO DE OLVIDO TANTO DE RESUMIR ESOS CONOCIMIENTOS

- LOS QUE NO TIENEN ESTUDIOS - INDUCIRLOS A MEJORAR SUS CONOCIMIENTOS

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

NO LAS CONOSCO

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

NO LAS CONOSCO

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

SI

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos? SI

CUESTIONARIO

SEXO Mujer

EDAD 31 años

FECHA 24/11/98

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Area de Psicopedagogía?

En el área de psicopedagogía se están utilizando los programas de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música. Actualmente se está trabajando en el 5º grado. Los programas de psicopedagogía se están utilizando en los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música. Los programas de psicopedagogía se están utilizando en los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música.

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en el CEFEREPSI? SI → Se tiene como base (en el momento) los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música para trabajarlos en el aula.

En el caso de los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música se están considerando las características especiales del interno que es atendido con el apoyo de los cursos.

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué? SI.

Los programas educativos del área aportan el contenido programático, sin embargo estos son trabajados con objetivo de conservar e incrementar los conocimientos del interno con miras a una rehabilitación de sus funciones cognitivas, y no a la rehabilitación de los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música. En el caso de los programas de psicopedagogía se están considerando las características especiales del interno que es atendido con el apoyo de los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música.

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

El trabajo del centro psicopedagógico, se realiza un equipo multidisciplinario, sin embargo las actividades rehabilitadoras que se trabajan en él, consisten en las características del aprendizaje mental de los cursos de alfabetización, lectura y escritura, matemáticas básicas, historia y geografía, ciencias naturales, arte y música que con miras a conservar a fin de aplicar estrategias pedagógicas enfocadas a lograr una rehabilitación de las funciones cognitivas y de la institución.

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

→ Los cambios son diversos pero se da por cuenta de que se parte en un momento de crisis, para poder superar esta situación en los programas de este estudio se usó un tipo de análisis de esta situación de crisis del interno.

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

- Programas de formación
- Formación de otros estudiantes de medicina
- Formación de otros estudiantes de medicina

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

- Solo se aplica a los internos que se sabe que tiene problemas de aprendizaje y aplicar el diagnóstico pedagógico para saber que parte de su aprendizaje es el que tiene problemas.

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

- Solo se utiliza uno
- Se realiza un diagnóstico presuntivo, a partir del primer contacto que se tiene con el interno por lo general se realiza las pruebas de diagnóstico para poder hacer un diagnóstico con entrevistas semiestructuradas y el instrumento de diagnóstico específico, asimismo, se realiza un diagnóstico de las áreas de psicología, neurociencias, medicina y bioquímica a fin de tener un diagnóstico más completo.

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

SI - Porque a partir de él, se sugiere un tipo de diagnóstico y de acuerdo al resultado obtenido, es necesario detectar los problemas individuales o grupales que cada interno requiere para cumplir con sus responsabilidades.

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?

→ No - El diagnóstico presuntivo propone un diagnóstico y el que decide el tratamiento final, es el comité técnico, a partir de los diagnósticos que existen todas las áreas.

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

→ Realizar un diagnóstico que considere más aspectos del interno, no solo el académico, sino también el psicológico, social y personal. Además, se debe considerar el uso de herramientas de evaluación que permitan un diagnóstico más integral.

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

→ Se aplican pruebas de carácter teórico y práctico. Las pruebas teóricas consisten en exámenes escritos que evalúan los conocimientos adquiridos. Las pruebas prácticas consisten en ejercicios, casos clínicos y simulaciones que evalúan las habilidades y competencias del interno.

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

→ Las pruebas que se utilizan con mayor frecuencia son los exámenes escritos que requieren de una buena comprensión y análisis de los contenidos. También se utilizan los casos clínicos y las simulaciones, ya que permiten evaluar las habilidades prácticas del interno.

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

→ No, se recomienda el uso de otras pruebas que permitan una evaluación más integral del interno, considerando no solo el aspecto académico, sino también el psicológico, social y personal. Esto se debe a que el diagnóstico debe ser más preciso.

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

Si

54

CUESTIONARIO

SEXO _____

EDAD _____

FECHA _____

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Area de Psicopedagogía?

Programa de alfabetización
Programa de educación básica
Programa de educación secundaria

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en el CEFEREPSI?

Si, se han considerado las características especiales de los internos recluidos en el CEFEREPSI, como la falta de escolaridad, el nivel de inteligencia, el grado de violencia, etc.

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué?

Si, porque la mayoría de los internos no ha concluido la educación básica o secundaria, por lo tanto, los programas aplicados son adecuados para su nivel de escolaridad.

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

El pedagogo ha tenido una gran influencia en el tratamiento del interno, ya que ha sido el responsable de diseñar y aplicar los programas educativos, de evaluar el progreso de los internos y de brindarles el apoyo necesario para su aprendizaje. Además, el pedagogo ha trabajado en estrecha colaboración con el personal de enfermería y de seguridad para garantizar el bienestar de los internos durante el proceso educativo.

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

[Faint handwritten notes and scribbles are visible below the question, including the number '10' and some illegible text.]

CUESTIONARIO

5-5

SEXO Femenino

EDAD 28 años

FECHA 24 Nov. 2010

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Área de Psicopedagogía?

- INEA

- programas de trabajo psicopedagógico individualizado
con los internos y estudiantes de grupo

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en el CEFEREPS?

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué?

No, porque no se tienen en cuenta las características especiales del interno recluido en el CEFEREPS. Los programas no toman en cuenta las características especiales del interno recluido en el CEFEREPS.

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

La influencia del pedagogo en el tratamiento del interno es importante, ya que el pedagogo es el encargado de diseñar y aplicar los programas educativos que ayudan al interno a mejorar su conducta y a reintegrarse a la sociedad.

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

El paciente es capaz de crear un ambiente de trabajo, utilizar a otros como recursos en los su contextos, esto último también ocurre en relación de extensión, su nivel de estancias

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

El programa de extensión
El programa de capacitación
El programa de investigación

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

El diagnóstico pedagógico sirve para determinar el nivel de desarrollo de los internos, de acuerdo a la teoría de Piaget, el diagnóstico pedagógico no es diferente al diagnóstico de la madurez de los internos, sino que es un diagnóstico de la madurez de los internos, de acuerdo a la teoría de Piaget, el diagnóstico pedagógico no es diferente al diagnóstico de la madurez de los internos, sino que es un diagnóstico de la madurez de los internos, de acuerdo a la teoría de Piaget.

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

- Desarrollo de los internos
 - Aprendizajes y habilidades en los internos
- todo esto es desarrollado en un marco teórico

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno? **NO**

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno? **NO**

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

Se debe considerar el contexto real de los docentes y el nivel de la escuela para tener en cuenta las necesidades de los estudiantes.

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

Teoría de la mente

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

Teoría de la mente y pruebas de comprensión lectora

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

No, del tipo de pruebas de comprensión lectora y pruebas de teoría de la mente.

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

CUESTIONARIO

SEXO M

EDAD 30

FECHA 24/Marzo/98

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Area de Psicopedagogía?

Programas de 1a y 2a. parte de Primaria para adultos - INEA
y Secundaria der. grado.

Programas de atención (apoyo pedagógico), Corrección de lecto-escritura, seguimiento de instrucciones complejas.

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno

recluido en el CEFEREPSI? Si estos programas se han adecuado a las características del interno, tanto individual como grupal.

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué?

Si no fuera así, ¿cómo debería ser? ¿Por qué?
Los programas aplicados son adecuados para el tratamiento del interno, ya que permiten asegurar el trabajo reiniciado por el interno, regresar a su nivel de funcionamiento al momento de salir del centro, y actualmente se maneja con los mismos fines, de manera que...

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

Pienso que ha sido de gran importancia dentro del equipo inter- y multidisciplinario, el papel del pedagogo permite rescatar las funciones estáticas y conductuales del interno asimismo participo en actividades de contención para que no pierdan los conocimientos que aún conservan.

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

Los cambios observados en el interno son notorios, ya que de acuerdo al diagnóstico que se les realiza cuando ingresan al centro presentan serias deficiencias cognitivas, sin embargo, con la atención especial y propuestas en el tratamiento se logra recuperar la funcionalidad de sus capacidades cognitivas poco a poco, aunque habrá que recordar que tiene un deterioro mental y no se puede recuperar en su totalidad.

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

Considero que es importante realizar una serie de investigaciones de la curricula de educación especial con el fin de especializar programas educativos acordes a las características de personas que sufren un trastorno mental y con ello que el pedagogo cuente con los elementos necesarios para crear nuevos programas enfocados a este tipo de población.

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

Sirve para determinar el tipo de programa en el cual pueda participar el interno, de acuerdo a sus capacidades tanto cognitivas como conductuales.

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

Se utilizan 4 diagnósticos: cognoscitivo y la aplican todas las áreas participando en la rehabilitación del interno (grupo de trabajo). Su aplicación determina las actividades académicas en las que el interno puede participar y el tiempo de actividades que puede realizar durante la semana.

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

Si, este nos permite determinar el tratamiento correcto que requiere el interno.

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?

Considero que no, porque muchas veces el C.I.T. determina el tratamiento ha proporcionar en las distintas áreas responsabilidades del mismo.

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

Utilizar otros instrumentos de evaluación para complementar datos que considero no se conocen.

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

exámenes de conocimientos básicos
examen grafotexia
test basales
repertorios de habilidades básicas

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

No podemos hablar pruebas de mayor frecuencia, ya que estas se aplican de acuerdo a la característica particular del interno.

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

Considera que se podrían aplicar otras por si existen.
Solo estas en la institución y son las que se aplican.

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

si

CUESTIONARIO

5-6

SEXO _____

EDAD _____

FECHA _____

INSTRUCCIONES: Conteste los siguientes reactivos considerando la labor que Usted desempeña con los internos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial

1.- ¿Qué programas educativos están utilizando en el Area de Psicopedagogía?

2.- ¿Estos programas han considerado las características especiales del interno recluido en el CEFEREPSI?

3.- ¿Cree Usted que los programas aplicados son los adecuados para el tratamiento del interno? ¿Porqué?

4.- ¿Qué influencia ha tenido el pedagogo en el tratamiento del interno?

5.- ¿Qué cambios ha observado en el interno desde que inició el programa hasta este momento?

6.- ¿Qué programas nuevos sugiere Usted, tomando en cuenta su experiencia actual?

7.- ¿Para qué sirve el diagnóstico pedagógico que se le aplica al interno?

8.- ¿Cuántos tipos de Diagnósticos pedagógicos utilizan y cómo es su aplicación?

9.- ¿El diagnóstico aplicado al interno le ha dado la respuesta que Usted espera para determinar el tipo de tratamiento que requiere el interno?

10.- ¿Cree usted que los diagnósticos aplicados han sido determinantes para el tratamiento del interno?

11.-¿Qué sugerencias o alternativas propondría usted al diagnóstico que se aplica en su área?

12.-¿Qué tipo de pruebas pedagógicas se le aplican al interno?

13.-¿Cuáles son las pruebas pedagógicas que utiliza con mayor frecuencia?

14.-¿Considera Usted que son las más indicadas? ¿Porqué?

15.-¿Considera Usted que el uso de pruebas pedagógicas son herramientas necesarias para el diagnóstico y evaluación de los internos?

Clasificación DSM-IV

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1994.

1. **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:**
 - *Retraso mental* leve, moderado, grave, y profundo
 - **Trastornos del aprendizaje:**
 - *Trastorno de la lectura*
 - *Trastorno del cálculo*
 - *Trastorno de la expresión escrita*
 - *Trastorno del aprendizaje no especificado*
 - **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:**
 - *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*
 - Tipo combinado
 - Tipo con predominio del déficit de atención
 - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
 - *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.*
 - *Trastorno disocial*
 - *Trastorno negativista desafiante*
 - *Trastorno de comportamiento perturbador no especificado*
2. **m, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**
 - *Delirium.*
 - *Delirium debido a ..(indicar enfermedad médica)*
 - *Delirium inducido por sustancias*
 - *Delirium por abstinencia de sustancias*
 - *Delirium debido a múltiples etiologías*
 - *Delirium no especificado*
 - *Demencia*
 - *Demencia tipo Alzheimer. de inicio temprano*
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - *Demencia debida a traumatismo craneal*
 - *Demencia debida a enfermedad de Parkinson*
 - *Demencia debida a enfermedad de Huntington*
 - *Demencia debida a enfermedad de Pick*
 - *Demencia debida a .. (indicar enfermedad médica no enumerada antes)*
 - *Demencia no especificada*
 - *Trastornos amnésicos*
 - *Trastorno amnésico debido a .. (indicar enfermedad médica)*
 - *Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias*
 - *Trastorno amnésico no especificado.*
 - *Otros trastornos cognoscitivos. Trastorno cognoscitivo no especificado*
3. **Trastornos relacionados con sustancias:**
 - **Trastornos relacionados con el alcohol:**
 - *Trastornos por consumo de alcohol*
 - *Dependencia de alcohol*
 - *Abuso de alcohol*
 - *Trastornos inducidos por el alcohol: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado*
 - **Trastornos relacionados con alucinógenos:**
 - *Trastornos por consumo de alucinógenos:*

- *Dependencia de alucinógenos*
 - *Abuso de alucinógenos*
 - Trastornos inducidos por alucinógenos: *Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo*
 - **Trastornos relacionados con amfetaminas (o sustancias de acción similar):**
 - Trastornos por consumo de amfetaminas:
 - *Dependencia de amfetaminas*
 - *Abuso de amfetaminas*
 - Trastornos inducidos por amfetaminas: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno del estado de ánimo*
 - **Trastornos relacionados con cannabis:**
 - Trastornos por consumo de cannabis:
 - *Dependencia de cannabis*
 - *Abuso de cannabis*
 - Trastornos inducidos por cannabis: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado*
 - **Trastornos relacionados con cocaína:**
 - Trastornos por consumo de cocaína:
 - *Dependencia de cocaína*
 - *Abuso de cocaína*
 - Trastornos inducidos por cocaína: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con cocaína no especificado*
 - **Trastornos relacionados con inhalantes:**
 - Trastornos por consumo de inhalantes:
 - *Dependencia de inhalantes*
 - *Abuso de inhalantes*
 - Trastornos inducidos por inhalantes: *Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado*
 - **Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:**
 - Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - *Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - *Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con sedantes hipnóticos o ansiolíticos no especificado*
 - **Trastornos relacionados con varias sustancias:** *Dependencia de varias sustancias.*
 - **Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):**
 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
 - *Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)*
 - *Abuso de otras sustancias (o desconocidas)*
 - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado*
- 4 **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**
 - **Esquizofrenia:**
 - Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado
 - Tipo catatónico
 - Tipo indiferenciado
 - Tipo residual
 - Trastorno esquizofreniforme
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Trastorno delirante
 - Trastorno psicótico breve
 - Trastorno psicótico compartido (*folie a deux*)

- Trastorno psicótico debido a. (*indicar enfermedad médica*)
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado
- 5 **Trastornos del estado del ánimo:**
 - **Trastornos depresivos:**
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
 -
- 6 **Trastornos de la personalidad:**
 - Trastorno paranoide de la personalidad
 - Trastorno esquizoide de la personalidad
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad
 - Trastorno antisocial de la personalidad
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Trastorno histriónico de la personalidad
 - Trastorno narcisista de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad por evitación
 - Trastorno de la personalidad por dependencia
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad no especificado
 - **Trastornos motores inducidos por medicamentos**
 - Parkinsonismo inducido por neurolépticos
 - Síndrome neuroléptico maligno
 - Distonía aguda inducida por neurolépticos
 - Acatasia aguda inducida por neurolépticos
 - Discinesia tardía inducida por neurolépticos
 - Temblor postural inducido por neurolépticos
 - Trastorno motor inducida por medicamentos no especificado
 - **Trastornos inducidos por otros medicamentos**

Bibliografía:

DSM-IV Guía de uso Edit Masson 1 997

Última actualización 13-12-98 Eres el visitante nº  desde el 13-12-98

Copyright © 1.997 - 2 000 José Eduardo González Díaz.
All rights reserved

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA DECIMA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

Organización Mundial de la Salud

Ginebra

La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas cuya responsabilidad principal son los problemas de salud internacional y la salud pública. La organización, que fue creada en 1948, permite a los profesionales sanitarios de 170 países intercambiar conocimientos y experiencias con objeto de que todos los ciudadanos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La O.M.S. promueve el desarrollo de servicios de salud integrados, la prevención y el control de las enfermedades, mejora del medio ambiente, el incremento de recursos sanitarios humanos, la coordinación y el desarrollo de investigaciones sobre servicios biomédicos y sanitarios y la planificación y realización de programas de salud. La O.M.S. lleva a cabo todas estas actividades mediante la cooperación técnica directa con sus estados miembros y estimulando la colaboración entre ellos.

Estas responsabilidades tan amplias se realizan mediante actividades muy diversas, tales como el desarrollo de sistemas de atención en salud primaria para cubrir a toda la población de los países miembros, la promoción de la salud de la madre y del niño, la lucha contra la malnutrición, el control de la malaria y otras enfermedades transmisibles, incluyendo la tuberculosis y la lepra y la coordinación de la estrategia global para la prevención y el control del SIDA. De esta manera se ha logrado la erradicación de la viruela, la promoción de la inmunización masiva contra otras enfermedades transmisibles, el aumento de la salud mental, la provisión de abastecimientos de agua seguros y la formación de personal sanitario de todas las categorías.

El progreso hacia una mejor salud global requiere además la cooperación internacional, el establecimiento de estándares para las sustancias biológicas y farmacéuticas, la formulación de criterios de salud ambiental, la recomendación para nombres internacionales no registrados de medicamentos, la administración de las Normas Internacionales de Salud, la revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y los Problemas de Salud y el recoger y difundir la información estadística sanitaria.

Las actividades y prioridades de la Organización y de sus estados miembros, están reflejadas en sus publicaciones, que proporcionan una información que aspira a promocionar y proteger la salud y a prevenir y controlar la enfermedad.

Una clasificación es una guía para ver el mundo en un momento determinado. No hay duda de que el progreso científico y la experiencia del uso de estas pautas requerirá al cabo del tiempo su revisión y puesta al día. Espero que cada revisión sea el producto de una colaboración científica tan cordial y productiva como ha sido la que ha dado lugar al presente libro.

Juan J. López-Ibor Aliño

Director de la sede en el Hospital Ramón y Cajal del Centro Colaborador de la O.M.S. para Investigación y Enseñanza en Salud Mental para España

Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN

El capítulo V de la CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, va a publicarse en versiones diferentes destinadas a aplicaciones distintas. La versión presente está destinada a la clínica general, a la docencia y a fines administrativos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación están destinados para la investigación clínica y se han diseñado para ser utilizados junto con este tomo. El glosario de la CIE-10 es mucho más corto y es adecuado para la utilización por codificadores y administrativos, pero también sirve como punto de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones. No se recomienda para ser utilizada por profesionales de salud mental. En la actualidad están en preparación versiones más cortas y simplificadas, con un esquema multiaxial para ser utilizada en atención primaria. Las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico han sido el punto de partida para el desarrollo de las diferentes versiones y se ha tenido el máximo cuidado para evitar incompatibilidad entre todas ellas.

PRESENTACION

La utilización del capítulo V (F) de la CIE-10 requiere un detenido estudio de esta introducción general, así como de los párrafos de introducción y explicación adicionales situados al comienzo de varias de las categorías de la clasificación. Esto es especialmente importante en la categoría F23 [Trastornos psicóticos agudos y transitorios] y en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)]. Desde hace mucho tiempo se conocen las grandes dificultades que hay para la descripción y clasificación de estas categorías y por ello se ha puesto un especial énfasis en aclarar la forma en que han sido enfocados estos problemas.

Cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes. A continuación aparecen unas "Pautas para el diagnóstico". En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico fiable. Sin embargo, en la redacción de dichos síntomas se ha mantenido un cierto grado de flexibilidad de cara a las decisiones diagnósticas, para que la clasificación pueda ser utilizada en variadas y a menudo complejas situaciones clínicas, en las que deben tomarse decisiones diagnósticas antes de que el cuadro clínico haya podido ser totalmente aclarado o cuando la información es aún incompleta. En algunas ocasiones y para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos, además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.

Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplan de forma evidente el diagnóstico puede ser formulado como "seguro". Sin embargo, en muchos casos es útil registrar el diagnóstico a pesar de que las pautas no se satisfagan totalmente. El clínico y todos aquellos que utilicen las pautas diagnósticas deben decidir en qué circunstancias vale la pena recoger diagnósticos que ofrecen grados menores de confianza (tales como "provisional" si se espera que aparezca más información o "probable" si la obtención posterior de dicha información es muy improbable) en los casos en los que no se satisfagan en su totalidad las pautas propuestas. Las definiciones sobre la duración de los síntomas están asimismo pensadas más como pautas generales, que como requisitos estrictos. El clínico debería utilizar su propio criterio sobre la conveniencia de escoger un diagnóstico, aunque la duración de un síntoma determinado sea ligeramente mayor o menor de lo requerido.

Las pautas para el diagnóstico deberían ser, asimismo, un estímulo útil para la docencia, dado que sirven de recordatorio de aspectos de la práctica clínica que suelen encontrarse ampliamente desarrollados en la mayoría de los manuales de Psiquiatría. También pueden ser adecuados para aquellos proyectos de investigación en los cuales no se requiera la mayor precisión (y por consiguiente restricción) que ofrecen los Criterios Diagnósticos de Investigación.

Las descripciones y pautas no presuponen implicaciones teóricas y tampoco pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Son únicamente un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países, que sirve de base razonable para la definición de las diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales.

La CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario

condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general. La "familia" de clasificaciones de información no contenida en la CIE-10 pero con importantes aplicaciones médicas o sanitarias, incluye, la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Neurosis y psicosis

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) no se mantiene en la CIE-10. Sin embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La mayoría de los trastornos considerados como neurosis por quienes utilizan este concepto están en dicha sección y en las siguientes, con excepción de las neurosis depresivas. Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, mas que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótica. Por ejemplo, ciclofimia (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de en la sección F60-69 (Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto) y todos los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas están agrupados en F10-19, con interdependencia de su gravedad.

"Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

OTRAS DIFERENCIAS ENTRE LA CIE-9 Y LA CIE-10

Se han agrupado en F00-F09 todos los trastornos cuya causa sea orgánica, lo que hace más fácil el uso de esta parte de la clasificación en relación con la CIE-9.

La reordenación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos a las sustancias psicoactivas en F10-19 ha resultado también más útil que el sistema anterior. El tercer carácter indica la sustancia usada, el cuarto y quinto carácter, el síndrome psicopatológico, por ejemplo de intoxicación aguda y estados residuales. Esto permite la información sobre todos los trastornos relacionados con la sustancia aunque sólo se use las categorías de tres caracteres.

El bloque que comprende la esquizofrenia, los estados esquizotípicos y los trastornos de ideas delirantes (F20-F29) se han ampliado con la introducción de nuevas categorías, tales como esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica y trastorno esquizotípico. La clasificación de psicosis aguda breve, que se veía frecuentemente en los países en desarrollo, se ha ampliado bastante en comparación con la de la CIE-9.

La clasificación de los trastornos afectivos se ha visto influenciada por la adopción del principio de trastornos agrupados conjuntamente con un tema común. Términos tales como "depresión neurótica" y "depresión endógena" no se han usado, pero sus equivalentes próximos pueden encontrarse entre los diferentes tipos y niveles de gravedad de la depresión que están ahora especificados (incluyendo la distimia (F34.1)).

Los síndromes comportamentales y los trastornos mentales asociados con disfunciones fisiológicas y cambios hormonales, tales como trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánicos, y disfunciones sexuales se han agrupado en F50-F59 y se han descrito con mayor detalle que en la CIE-9, debido a las necesidades crecientes de tales clasificaciones en psiquiatría de enlace.

El bloque F60-F69 contiene nuevos trastornos de la conducta adulta, tales como el juego patológico, la piromanía y el robo, así como trastornos más tradicionales de la personalidad. Los trastornos de la preferencia sexual están diferenciados claramente de los trastornos de la identidad genérica, y la homosexualidad en sí misma está incluida como una categoría.

Algunos otros comentarios sobre cambios entre las provisiones para la codificación de los trastornos específicos de la infancia y del retraso mental pueden encontrarse en las páginas 42, 43 y 44.

PROBLEMAS TERMINOLÓGICOS

Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Psicógeno y psicósomático

El término "psicógeno" no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

Por los mismos motivos, el término "psicósomático" no se usa en la CIE-10. Además este término puede implicar que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar). Es especialmente importante reparar en la categoría F54, que corresponde a la categoría 316 en la CIE-9, la cual debe utilizarse para señalar la asociación de trastornos orgánicos (codificados en otros apartados dentro de la CIE) con una etiología emocional. Por ejemplo, el asma o el eczema psicógenos deben codificarse de acuerdo con la categoría F54 del capítulo V (F) junto con el código adecuado para la enfermedad orgánica, tomado de otros capítulos de la CIE.

Deficiencias, discapacidades, minusvalías y otros términos relacionados

Los términos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica. Ver también las páginas 31 y 32, que se refiere a la demencia y su relación con la deficiencia y su relación con la deficiencia, discapacidad y minusvalía.

ASPECTOS PRACTICOS

Trastornos de niños y adolescentes

Las secciones F80-F89, trastornos del desarrollo psicológico y F90-98, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, abarcan únicamente aquellos trastornos que son específicos de estas edades. Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y por lo tanto pueden ser utilizados para niños y adolescentes. Por ejemplo, F50, trastornos de la conducta alimentaria, F51, trastornos no orgánicos del sueño y F64 trastornos de la identidad sexual. Algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia plantean problemas concretos de clasificación, tal y como se especifica en F93.1, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

Registro de más de un diagnóstico

Se recomienda que los clínicos sigan la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registren más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como

diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales. Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se recogen. En la práctica clínica éste suele corresponder al trastorno que motiva la consulta o el contacto con los servicios en los cuales se recoge la información. En muchos casos será el trastorno que motivó el ingreso en el hospital, el seguimiento ambulatorio o en una unidad de hospital de día. En otros casos, desde un punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que padece el enfermo a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual (por ejemplo en el caso de un enfermo afecto de esquizofrenia crónica que acude por presentar de forma aguda síntomas de ansiedad). Si existen dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, o bien el clínico no conoce con certeza el propósito al que va a ser destinada la información una regla simple consiste en registrar los diagnósticos en el orden numérico en el que éstos aparecen en la clasificación.

Registro de diagnósticos de otros capítulos de la CIE-10

Se recomienda encarecidamente el uso de otros capítulos de la CIE-10 además del capítulo V (F). En un anexo de éste tomo figura un listado y resumen de los capítulos más relevantes para los servicios de salud mental. Estos son, entre otros:

Capítulo VI: Enfermedades del Sistema Nervioso (G).

Capítulo XVII: Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q).

Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R).

Capítulo XIX: Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S, T).

Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad (X).

Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z).

Como registrar un diagnóstico

El diagnóstico debe ser registrado anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Lo mismo debe hacerse para los diagnósticos adicionales de otros capítulos del apéndice (página xx). Hay que ser especialmente cuidadoso en este último caso, ya que en el apéndice sólo aparecen los tres primeros caracteres del diagnóstico y los servicios de archivo necesitan, para una correcta identificación del diagnóstico, poder añadir un cuarto carácter tomado del tomo principal de la CIE-10.

OTRAS VERSIONES DEL CAPITULO V (F) DE LA CIE-10

Las otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10 que han sido o están siendo desarrolladas en paralelo con la presentada aquí son:

1) Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10).

2) Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.

3) Clasificación simplificada para asistencia primaria.

4) Breve glosario, de formato y tamaño similares al actual glosario del capítulo V (Trastornos mentales) de la CIE-9, que se incluirá en el volumen general del CIE-10. Está destinado a ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos.

Estas versiones serán publicadas por separado, y serán sometidas a estudios de campo internacionales en un futuro próximo.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO

Son trastornos del desarrollo en áreas específicas. Rendimiento escolar, lenguaje y psicomotricidad son las más fáciles de caracterizar.

FALLOS ESPECIFICOS DEL RENDIMIENTO ESCOLAR

Los trastornos de aprendizaje escolar pueden ser globales o específicos. Los trastornos globales suelen identificarse como "fracaso escolar". Se trata de un problema complejo en el que intervienen múltiples causas. Por supuesto, para que podamos hablar de fracaso escolar o de trastornos específicos deberemos constatar un nivel de aprendizajes significativamente inferior a lo que se considera normal para cada edad, siempre que el fallo no sea explicable por retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo o a déficits educativos de cualquier orden. En el apartado 3 de la parte II exponemos los trastornos globales del aprendizaje (que, por otra parte, no son considerados como una entidad por el DSM-III-R). Consideremos ahora los trastornos específicos, que sí tienen carta de naturaleza en el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría.

DISLEXIA

Hablamos de dislexia si al administrar a un niño pruebas estandarizadas de lectura (ver apéndice 3), en forma individual, el rendimiento del niño es significativamente menor del esperable por su edad y nivel académico. Debemos entender el término dislexia como descriptivo y diagnóstico. No como un entidad nosológica caracterizada. Dislexia, como síntoma, no es sino una lectura perturbada. En el DSM-III-R añade dos criterios: el trastorno debe interferir negativamente los aprendizajes académicos, y no se deberá a defectos visuales, auditivos o neurológicos.

Durante mucho tiempo se ha asociado la dislexia a trastornos perceptivos, perceptomotrices, mal establecimiento de la lateralidad, escritura en espejo, inversión de letras, etc., y su tratamiento ha incluido técnicas para afirmar la percepción visual. Hoy en día tiende a considerarse la dislexia como un síntoma de una disfunción producida durante el periodo de almacenamiento y recuperación de la información lingüística, más que como una perturbación de los sistemas de percepción visual. En experiencias realizadas con niños disléxicos (Vellutino, 1987) se comprueba que son las propiedades lingüísticas de las palabras las que condicionan la memoria de los *signos visuales que las representan*. En otras palabras: si los disléxicos escriben en espejo, es como consecuencia de su trastorno de lectura, y no a la inversa.

La elección de un método determinando (global o fonético) para el aprendizaje de la lectura condiciona la aparición de trastornos de varios tipos en los niños disléxicos. Existen aprendizajes por métodos globales, es decir, métodos que parten de la comprensión de palabras enteras en las que el niño aprenderá a desglosar los fonemas concretos. Los métodos fonéticos parten del aprendizaje de fonemas ("ortografía fonética"), a partir de los cuales el niño formará palabras. En el primero de los casos, cuando el niño se apoya excesivamente en la estrategia de la palabra entera sin utilizar los sonidos fonémicos para conseguir decodificar términos nuevos, se impone un esfuerzo excesivo de memoria visual; los errores son inversiones y sustituciones: *el/le, cabol/coba*.

Los niños que se ejercitan exclusivamente en ortografías fonéticas y no emplean rasgos visuales ni significado de las palabras en su contexto, tendrán dificultades para leer fluidamente y comprender exactamente lo que están leyendo.

De ahí se deduce que lo correcto es el aprendizaje con métodos mixtos, que incluyan aprendizaje de fonemas (codificación) y procesos de aprendizaje de palabras enteras, desglosándolas en sus elementos (decodificación), pero siempre manteniendo lectura comprensiva, y adecuada evaluación del significado de las palabras en relación a su contexto. Los niños que han sido enseñados a identificar fonemas poseen mayor capacidad para identificar la palabra entera.

Un dato más para deducir que la dislexia proviene de una perturbación lingüística más que de un fallo perceptivo, es la dificultad de los disléxicos para la lectura comprensiva, especialmente en frases que emplean sintaxis complejas, para el empleo de morfemas de inflexión (por ejemplo, terminales de las conjugaciones), concordancia de tiempos y números, y para distinguir los significados de palabras abstractas, "sin contenido" (tipo *si, pero, sus, etc*)

TRATAMIENTO DE LA DISLEXIA

Es importante la detección precoz. La lectura suele contemplarse como un objetivo educativo del ciclo inicial (preescolar, 1º y 2º EGB), por lo que es en estos niveles escolares cuando debería diagnosticarse.

El tratamiento debe basarse en una enseñanza individual, con un programa de lectura que incluya ambos enfoques anteriormente citados global y fonético. Debe complementarse con un programa global de adiestramiento lingüístico. Entre los investigadores de la dislexia (Vellutino, 1987), empieza a generalizarse la idea de que, para la reeducación de niños disléxicos, no existe un sustituto de la enseñanza directa y reforzada de la lectura. En el apéndice 3 exponemos algunos programas para el diagnóstico de los problemas de lectura.

DISGRAFIA

La disgrafía, o trastorno específico en el desarrollo de la escritura, consiste en un nivel de escritura significativamente inferior al esperable por la edad del niño y su nivel escolar, detectado mediante el empleo de pruebas estandarizadas de escritura. Al igual que en el trastorno de lectura, el DSM-III-R considera necesario que el trastorno perturbe de forma significativa los aprendizajes académicos o las actividades diarias, y que no sea debido a déficits sensoriales periféricos.

Cuanto hemos dicho para el trastorno de lectura puede ser aplicado en los trastornos de escritura. De hecho la escritura no es sino la codificación gráfica del lenguaje, un metacódigo aplicable al código que, en sí significa el lenguaje. La escritura comporta un proceso de codificación, y cualquier alteración que perturbe los procesos codificadores/decodificadores de lectura puede interferir en la escritura.

También el tratamiento se basará en técnicas especialmente aplicadas a escritura, dentro del marco de una enseñanza individual, que contemple la conjunción de las dos metodologías (analítica y sintética) y la estimulación lingüística global.

DISCALCULIA

Hablamos de discalculia, o trastorno específico del desarrollo en el cálculo aritmético, cuando el rendimiento del niño en pruebas estandarizadas de cálculo es significativamente menor de lo esperable por su edad y nivel escolar. La interferencia sobre aprendizajes escolares y la ausencia de trastornos sensoriales periféricos como factores causales completan el criterio diagnóstico.

Es frecuente que hallemos este fenómeno asociado a la dislexia y a la disgrafía, a trastornos de atención y a problemas perceptivos. Creemos que es válido cuando dijimos al hablar de dislexia, con la *adverbalidad* de que, en trastornos de cálculo aritmético, lo afectado sería el proceso de almacenamiento y recuperación de la información aritmética.

También el tratamiento debe incluir atención individual y un trabajo específico sobre conceptos aritméticos, combinando procesos analíticos y sintéticos, de codificación y de decodificación.

CONDUCTA A SEGUIR (DISLEXIA, DISGRAFIA, DISCALCULIA)

1. **COMPRUEBE QUE SE TRATE REALMENTE DE UN PROBLEMA** que cumpla los criterios diagnósticos mencionados. Estos incluyen necesariamente el empleo de pruebas estandarizadas para evaluar el nivel de lectura, de escritura y de cálculo (ver apéndice 3).
2. Caso de tratarse de un problema *sustantivo*, debería ser detectado, tratado y corregido dentro del centro escolar donde el niño cursa sus estudios (requiere un centro con 25-30 alumnos por clase, y con apoyo de profesora de educación especial (pedagogía terapéutica) acostumbrados a tratar problemas de este tipo. 3. Si el problema es grave (altera notablemente los rendimientos académicos o incluye la asociación de varios déficits) es pertinente la derivación a servicios o centros de Psiquiatría Infantil, especializados en el diagnóstico y/o tratamiento de este tipo de problemas. Deben poseer Depto. de reeducación, con especialistas en pedagogía terapéutica y/o logopedas.
4. En el caso de que el centro escolar (o el docente responsable del niño, o el psicólogo del colegio) no adviertan el problema, o no quieran considerarlo como tal, es pertinente derivar al niño *hacia tratamientos específicos efectuados por profesionales de la pedagogía terapéutica, o por psicólogos y/o logopedas especializados en el tratamiento de este tipo de problemas. No tema recomendar un cambio escolar, pero asegúrese de que el nuevo centro tenga capacidad para asumir el problema del niño disléxico. En el capítulo 8 de esta Parte II, exponemos los criterios para aconsejar la repetición del curso. Recuerde que no hay métodos buenos y métodos malos para el aprendizaje de la lectura. Cualquier método, o la combinación de ellos, dará resultado si se aplica en la manera más adecuada para cada niño.*

¿Sabía usted que...?

- Una de cada cuatro personas sufre trastornos mentales de distintos tipos (depressiones, ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, etc)
 - En España más de 400.000 personas padecen o están en riesgo de padecer esquizofrenia
 - La evolución habitual de las personas con enfermedades crónicas no tiene por qué implicar un deterioro entre episodios, sino más bien una mejoría gradual valorada en un largo período de tiempo. Un impedimento crónico o severo no significa necesariamente una discapacidad para toda la vida
- Muchas personas con discapacidades psiquiátricas graves desean realmente trabajar
- Muchas personas con discapacidades psiquiátricas graves quieren mayores oportunidades de formación

-Los programas terapéuticos integrados reducen de forma considerable las recaídas de los pacientes esquizofrénicos

- Si son tratados exclusivamente con fármacos, el 40% reincide al cabo de un año
- Si los fármacos se combinan con asistencia familiar o con terapia psicosocial, basada en el trabajo, el porcentaje se reduce al 20%
 - Y prácticamente a cero si se combinan las tres medidas

El 84% de estas personas con esquizofrenia vive con sus familias, estando alrededor de un millón de familiares junto a ellos. Sólo el 2,4 % de los afectados está atendido por los Servicios de Salud Mental.

Si necesita información, acuda a:

FEMASAM

Federación madrileña de asociaciones pro-salud mental.

La Federación Madrileña tiene como fines genéricos adoptar las medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades mentales

FEMASAM

Avda de Pablo Iglesias 24, Local Izq. 28003, Madrid. Teléfono: 91 554 27 85.

PSICOPEDAGOGÍA

por Pablo Canosa

En 1992, con el Real Decreto 916/1992 de 17 de julio nace la Licenciatura en Psicopedagogía. Tres son los referentes directos:

- Los estudios universitarios de Pedagogía (orientación educativa y profesional, pedagogía terapéutica y educación profesional)
- La Licenciatura en Psicología (1968) (Psicología Escolar y Psicología Pedagógica)
- La evolución del sistema educativo español

En 1993 se crean los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPs). Generales, de Atención Temprana y Específicos.

La función primordial del psicopedagogo es **apoyar y orientar la acción educativa, posibilitando criterios de mejora en el diseño, desarrollo, innovación y evaluación de los procesos educativos**. La psicopedagogía viene a ser un puente de unión entre la teoría explicativa y la acción práctica.

Los posibles ámbitos de trabajo se pueden agrupar en tres bloques:

1-Relacionados con las prácticas educativas escolares:

- Servicios especializados de orientación educativa y psicopedagógica.
- Departamentos de Orientación
- Centros específicos y servicios de educación especial.
- Elaboración de materiales didácticos y curriculares.
- Formación del profesorado.
- Evaluación de programas, centros y materiales educativos
- Planificación y gestión educativa.
- Investigación educativa.

2-Relacionados con otros tipos de prácticas educativas:

- Servicios y programas de acción educativa a la infancia, la adolescencia y la juventud en contextos no escolares (familia, centros de acogida, centros de adopción, penitenciarías.)
- Educación de adultos.
- Programas de formación profesional y laboral.
- Programas educativos/ recreativos.
- Televisión educativa y programas educativos multimedia.
- Campañas y programas educativos en medios de comunicación.

3-Relacionados con la psicopedagogía clínica:

- Centros de salud mental, hospitales, centros de atención temprana, centros de la tercera edad.
- Centros de diagnóstico y tratamiento de dificultades de aprendizaje.

En cuanto a las funciones propias de un psicopedagogo, cabría destacar las siguientes:

- Coordinar y dinamizar el intercambio entre centros educativos y con otros servicios.

- Asesorar a las instancias de coordinación pedagógica de centros y a profesores, especialmente en los siguientes aspectos:
 - Diseño y desarrollo curricular.
 - Plan de acción tutorial.
 - Evaluación.
 - Aspectos psicopedagógicos
 - Coordinación de niveles, ciclos y etapas.
 - Programas específicos.
 - Alumnos con necesidades educativas especiales.
 - Prevención

- Atención a los alumnos:
 - Diagnóstico.
 - Evaluación de necesidades
 - Planificación y organización de respuestas educativas.
 - Orientación personal.
 - Orientación escolar.
 - Prevención.
 - Programas de intervención.

- Atención a la familia:
 - Coordinación de las relaciones con el centro.
 - Orientación familiar.
 - Escuelas de Padres

- Elaboración y utilización de materiales, instrumentos y criterios referidos a distintos aspectos de la orientación educativa.
 - Criterios de promoción, ACIs, diversificación. .
 - Materiales de refuerzo, evaluación, registro.

- Planificación, organización y realización de actividades relacionadas con la orientación vocacional y profesional.

- Docencia

Por último, la formación del psicopedagogo incluye o debe incluir:

- Interdisciplinariedad
- Sólida base teórica y práctica.
- Formación continua
- Formación personal y humana que incluye: madurez personal, capacidad de comprensión y de escucha empática, respeto, sensibilidad, flexibilidad y apertura, capacidad de coordinar y dinamizar, habilidad para las relaciones personales, facilidad para la comunicación, seguridad, energía, capacidad de planificación, sentido crítico y capacidad de autoevaluación y autocrítica

GLOSARIO.

Términos aprobados por el Consejo Económico y Social de la ONU. el 17 de diciembre de 1991.como criterios fundamentales para la atención de enfermos mentales.

1.-**Atención de la salud mental:** Análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, el tratamiento, cuidado, rehabilitación aplicada a una persona enferma mental real o presunta.

2.-**Profesional de salud mental:** Médico, psicólogo clínico, trabajador social u otra persona debidamente calificada en la atención a personas con problemas de salud mental.

3.-**Representante personal:** Persona a quien la ley le confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera A menos que la legislación nacional prescriba otra cosa.

4.- **Organo de revisión:** Principio 17 de la C.N.D.H., para la admisión o retención, involuntaria, de un sujeto en una institución psiquiátrica.

5.-**C.N.D.H.** Comisión Nacional de Derechos Humanos.

6.-**O.N.U.** Organización de las Naciones Unidas.

7.-**Garantía:** Derecho Legal.

8.-**Delincuente:** Persona que cumple pena de prisión por delitos penales o sujeto a proceso o investigación penal.

9.-**Catexia:**Funcionamiento del aparato psíquico, dada por S. Freud, se refiere al reparto de la energía pulsional que proviene del ELLO, energía que ejerce presión constante y que impone a las otras partes del aparato psíquico la tarea de transformarla, (libido).

10 -**C.I.D.H.** Comisión Internacional de Derechos Humanos.

- 11.-**Cinestésicas:** Que nos permite conocer en cada momento la posición estática y dinámica de una determinada parte del cuerpo, coordinación armónica de los movimientos del cuerpo (por ej. braceo al andar).
- 12.- **CIDDM** : Clasificación internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.
- 13.-**INSERSO** : Instituto de Servicio Social.
- 14.-**O M S** : Organización Mundial de la Salud.
- 15.- **Logópedas:** Especialistas que reeducan los trastornos innatos o adquiridos del lenguaje en la expresión oral (p. Ej. tartamudez).
- 16.-**Multidisciplinar:** Disciplinas que abordan el mismo problema según diversos criterios :epistemológicos, lógicos, psicológicos, sociológicos y pedagógicos.
- 17 -**Interdisciplinar** : Disciplinas que promueven progreso científico y técnico bajo cierta dependencia curricular sobre un problema.
- 18.-**Transdisciplinar:**Relación entre las disciplinas que permiten integraciones y relaciones de jerarquización y subordinación en los criterios sobre un mismo problema.
- 19 -**Handicap** : Término con el que se minusvalora a la persona que se sitúa en un grado inferior en relación con otras.
- 20.-**PAMPD** : Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad.
- 21.- **S.P.M.** :Sistema Penitenciario Mexicano.
- 22.-**CEFEREPSI** : Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- 23.-**PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD MENTAL:** Atiende problemas leves para alcanzar adaptación, reacciones depresivas menores y síndromes de abstinencia.

24.-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: Atiende problemas por equipo interdisciplinario para resolver interurrencias y urgencias por medio del diagnóstico, tratamiento y medidas rehabilitatorias a corto plazo.

25.-TERCER NIVEL DE ATENCION EN SALUD MENTAL: Son acciones de control y rehabilitación para enfermos mentales e inimputables que presenten alteraciones complejas que requieren hospitalización médica de corta y mediana estancia.