

51

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ARAGON
CARRERA DE PEDAGOGIA**



**EL DIAGNOSTICO PEDAGOGICO
EN INTERNO - PACIENTES EN RECLUSION
CON PADECIMIENTO MENTAL**

**TRABAJO QUE PRESENTA
ARACELI / SANCHEZ JIMENEZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA**

ASESOR: M. EN C. MA. ELSA GUERRERO SALINAS

JULIO 2000

28525A



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

	PAGS.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	
Antecedentes en México.	
1.1. El Enfermo Mental en México.	5
1.2. El Paciente Psiquiátrico en Reclusión.	16
1.3. Surgimiento del Diagnóstico Pedagógico.	23
CAPITULO 2	
Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.	
2.1. Generalidades.	30
2.2. Objetivos.	32
2.3. Estructura y Funciones.	34
2.3.1. Dirección.	36
2.3.2. Subdirección de Normatividad, Consultoría y Supervisión.	36
2.3.3. Subdirección Médico Técnica.	37
2.3.3.1.El Diagnóstico Pedagógico.	40
2.3.4. Subdirección Administrativa.	41
2.3.5. Subdirección Jurídica.	42
2.3.6. Subdirección de Seguridad y Custodia.	44

CAPITULO 3**Diagnóstico Pedagógico.**

3.1.	Conceptos Básicos	46
3.2.	Delimitación del Diagnóstico Pedagógico en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.	63
3.3.	Protocolo a Seguir para la Emisión del Diagnóstico Pedagógico	67
3.3.1.	Observación	67
3.3.2.	Entrevista.	71
3.3.3.	Aplicación de Instrumentos.	73
3.3.4.	Repertorios de Conocimientos Académicos Básicos.	74
3.3.5.	Examen de Conocimientos.	77
3.3.6.	Análisis de Resultados.	78
3.3.7.	Confrontación de Datos con el Equipo Interdisciplinario	79
3.3.8.	Integración del Reporte.	81

CAPITULO 4**Alcances y Limitaciones del Diagnóstico Pedagógico.**

4.1.	Alcances.	86
4.2.	Limitaciones	93

	PAGS.
CONCLUSIONES	98
ANEXO I	101
ANEXO II	102
ANEXO III	105
BIBLIOGRAFIA BASICA	107
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA	110

INTRODUCCION

El campo de la educación, en el ámbito penitenciario, es realmente nuevo en comparación con otras disciplinas, se trata de un entorno o marco en el que puede y debe intervenir la Pedagogía, ya que desde el momento en que se habla de reeducar ó readaptar, se está implicando un trabajo educativo, o mejor dicho, reeducativo el cual requiere de una sistematización o metodología específica, la cual no existe.

En el área penitenciaria pueden observarse diversas problemáticas graves de diferentes índoles; las relacionadas con la educación no son las menos, sin embargo, en este trabajo sólo se retomará lo concerniente al Diagnóstico Pedagógico con enfermos mentales en reclusión.

Para tener una visión más completa de la evolución del tratamiento que se ha brindado al enfermo mental, particularmente a aquellos enfermos que han cometido ilícitos, en el primer capítulo de este trabajo se presenta un recorrido histórico desde la época prehispánica hasta el surgimiento del concepto de educación en reclusión a principios del presente siglo. Éste recorrido nos permite identificar cuándo y cómo surge el trabajo pedagógico, cuáles eran las funciones del pedagogo dentro de la Educación Especial con niños que observaban problemas de aprendizaje, posteriormente con adolescentes con problemas de conducta, para llegar hasta considerar la educación como medio para la readaptación social en instituciones penitenciarias para adultos.

De ahí que en el segundo capítulo se explique, con cierto detalle, el surgimiento de una institución penitenciaria que alberga a pacientes que cursan

con una enfermedad mental y se encuentran internos en reclusión por haber cometido un delito adquiriendo la categoría de interno-paciente, por la doble situación institucional en la que se encuentran, la de estar *interno* en reclusión y la de ser *pacientes* por presentar una enfermedad mental. Se habla del proyecto inicial de una institución que cubre ambos criterios, el ser reclusorio y al mismo tiempo hospital, con sus objetivos, estructura y funciones; de ahí que la propuesta aquí presentada está pensada para ser desarrollada en esta institución o en otras con características afines.

La carencia de una metodología específica que permita elaborar un Diagnóstico Pedagógico a sujetos con características particulares, como los que se atienden en este centro, hace necesario proponer un protocolo a seguir para poder emitir el mencionado Diagnóstico Pedagógico a la altura de cualquier disciplina médica y social. En el capítulo tercero de este trabajo, se desarrolla dicha propuesta, describiendo cada uno de los pasos a seguir para alcanzar el objetivo, tomando en cuenta las características particulares que tienen los interno-pacientes.

La finalidad del protocolo aquí propuesto, es poder llegar a emitir un Diagnóstico Pedagógico que describa claramente las habilidades para el aprendizaje que conserva el sujeto, pese a su padecimiento mental, y estas sean susceptibles de utilizarse para realizar actividades que favorezcan su funcionalidad dentro del entorno controlado en que se encuentran.

Este diagnóstico es un análisis de la situación actual del sujeto en cuanto a habilidades y capacidades para el aprendizaje; en ningún momento pretende asignar "etiquetas" o "clasificaciones". Se considera que el diagnóstico es multi e interdisciplinario puesto que de esta manera las disciplinas médicas y técnicas

intervienen para elaborar un diseño de tratamiento acorde a las características particulares de cada sujeto.

El diagnóstico es el primer paso que se da para lograr la rehabilitación de los interno-pacientes, ya que cualquier diagnóstico estará inconcluso si no se plantea un tratamiento específico. La Pedagogía, como todas las ciencias han evolucionado, por lo que en la actualidad es posible aplicar y/o elaborar un Diagnóstico Pedagógico para diferentes fines. En el campo psiquiátrico se hace necesario para establecer un diagnóstico multiaxial, esto es, para integrar el mayor número de elementos que permitan explicar el padecimiento mental por el que cursa el paciente.

Finalmente en el cuarto capítulo se habla de los alcances y las limitaciones que se tienen en el campo educativo dentro de reclusión y, por consiguiente, para estandarizar dicho protocolo.

El establecimiento de un protocolo tiene alcances tales como la especificación de los objetivos de un Diagnóstico Pedagógico diferenciándolo de un diagnóstico escolar; así el pedagogo que tenga interés en incursionar en este ámbito, contará con la descripción clara del procedimiento a seguir que le permita elaborar dicho Diagnóstico Pedagógico.

Mediante el seguimiento de este protocolo se podrá emitir un Diagnóstico Pedagógico que formará parte importante del Diagnóstico Multiaxial, es multiaxial porque participan el equipo multidisciplinario y es integrado por el psiquiatra, lo que anteriormente era difícil de concretizar.

También se describen las limitantes para la emisión de dicho diagnóstico, limitantes que van desde aspectos jurídicos, administrativos hasta problemas de formación profesional, propios de un ámbito laboral naciente.

Si bien el pedagogo tiene un nuevo campo de acción, requiere de una adecuada preparación y conocimientos elementales sobre diversas disciplinas tales como la Psiquiatría, Criminología, Psicología y Neurofisiología, entre otras; además, necesita desarrollar habilidades específicas como la observación, el manejo y conducción de entrevistas, la aplicación de instrumentos de evaluación pedagógica, específicas para casos como el que en este trabajo se abordan, mismas que se adquieren únicamente mediante la práctica; por ello, este nuevo campo de acción implica también un gran compromiso con la disciplina pedagógica.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES EN MEXICO

1.1. El Enfermo Mental en México.

El hablar de antecedentes sobre enfermedad mental, implica hacer una revisión a través de la historia del hombre; por ser esto tan amplio y complejo, en el presente capítulo se hace una revisión panorámica que nos permita comprender, de una manera general, las diferentes etapas por las que ha cursado el área Médico-Psiquiátrica y Pedagógica en México.

El tratamiento de enfermos mentales en México, tiene una larga historia, que nos permite vislumbrar cuál ha sido el diagnóstico y el tratamiento que se les ha dado.

En la época precolombina, todo tipo de enfermedades tenían un espacio de reflexión: "En la medicina azteca se rendía gran culto a la diosa *Izaputlatenan*, por ser la que presidía a la medicina general; el dios *Xipe* era también tutelar de la medicina, quien castigaba a los hombres que se manejaban mal, produciéndoles diversos males, como el de ojos, la sarna y otros. Había divinidades como *Texcatlipoca*, que como el anterior castigaban los vicios con terribles enfermedades, de igual manera se rendía culto a *Xochiquetzal* diosa de las embarazadas; *Centeotl*, diosa de las hierbas medicinales; *Xocolotl*, dios que producía las monstruosidades, los vicios de conformación orgánica..."¹

¹ Ramírez Moreno, Samuel. La Asistencia Psiquiátrica en México, Pág. 5

En la cultura azteca, los sacerdotes eran también curanderos, transmitían de padres a hijos el privilegio de que gozaban, éstos empleaban prácticas como hechizos y maleficios que incluían torturas y castigos para curar a enfermos, así como procedimientos de brujería, talismanes y otros remedios, que aconsejaba su código de magia médica, pero además, también existían los curanderos, quienes empleaban otros tratamientos más complejos, tales como algunas psicoterapias (la sugestión, el hipnotismo y la persuasión), intervenciones quirúrgicas, diversas formas de hidroterapias (temazcalli), empleando en forma muy particular, medicamentos vegetales, ya que sus conocimientos de botánica eran muy profundos. En cuanto a enfermedades mentales se refiere, los aztecas consideraban a los pacientes psiquiátricos como seres poseídos por espíritus malignos, por lo cual realizaban ceremonias practicando exorcismos, abluciones (lavatorios) y muchos otros procedimientos semejantes a los que utilizaban los pueblos egipcios en esta misma época. Consideraban a los trastornos psíquicos originados por la ingestión de tóxicos como las hojas de **tlapatlz y toloatzin**, conocido también como **toluache** (éste último, suponían algunas etnias, originaba la locura o idiotez). Cualquiera que fuera el origen de la enfermedad mental, se daba un tratamiento a base de jugo de hojas de **Tetlamehichatlí** y cuando el paciente presentaba delirio, se usaban productos derivados de **ocelotl** (tigrillo).²

Los habitantes del México prehispánico, especialmente los curanderos, conocieron y descubrieron algunas enfermedades mentales y nerviosas; identificaron muchos cuadros psíquicos y neurológicos (claro está que no se les nombraba de esta manera), a los cuales proporcionaban tratamientos o remedios de origen vegetal o animal. Las descripciones que realizaron sobre enfermedades mentales fueron:

² Cfr. Ocaranza, Fernando. Historia de la Medicina en México. Pág. 61 en adelante.

Enfermedad	Descripción
Locura	La distinguieron en forma furiosa o <i>tlahuillocayotl</i> , llamando al enfermo que lo padecía <i>teacilininetzi</i> y en locura tranquila <i>xolopytli</i> .
Melancolía	Padecimiento bien conocido que, para combatirlo, daban un compuesto de <i>malinalli</i> y <i>tlaolli</i> .
Delirio	Les preocupaba mucho. Recomendaban como medicamento muy eficaz, la raíz de <i>xomilxihitli</i> .
Imbecilidad	Apreciaron bastante bien las formas de retardos mentales a quienes llamaban <i>volloquimi</i> . Les daban a tomar el <i>xaxahuactli</i> .
Neurosis	Las conocieron e incluían en ellas a las epilepsias. Trataban a estos males con el zumo de <i>iztahuiatl</i> .
Epilepsia y otras enfermedades convulsivas	Cuando una persona era presa de crisis convulsivas, le rociaban la cara y la cabeza con el cocimiento de raíz de <i>micaxihuitl</i> y como tratamiento curativo empleaban el jugo extraído de los retoños de <i>tialhuapatli</i> y de <i>teczahuizpatli</i> .
Parálisis	En general se les designaba con el nombre de <i>ixpolihqui</i> , y cuando se trataba de parálisis por reuma articular, con el nombre de <i>valcuiliztli</i> .
Hemiplejía	Hemiplejía, <i>cocotzauhqui</i> , paraplejías, <i>xocuecuelpachtic</i> y <i>tlanquatzocoltic</i> , y parálisis avanzadas, <i>vilatzin</i> . Usaban para la curación de todos estos casos, el cocimiento de raíz de <i>tzocuilpatli</i> y el de <i>huapapualiztli</i> ; en los miembros paralizados aplicaban cataplasmas de raíz de <i>chilpantlazolli</i> .
Neuralgias	Llamadas <i>necocoliztli</i> , y otros dolores intensos <i>tlanaualiztli</i> . El medicamento más usado para toda clase de neuralgias era el <i>cohuachuizpatli</i> . Hemicráneas, <i>izquacticiculiztli</i> . Dolor de cabeza o <i>tzonteconcolli</i> , las trataban con bebidas del juego de <i>iztauhyatl</i> , o prescribían al enfermo fumar <i>pocletl</i> , tabaco.

Fuente: Ramírez Moreno Fernando, La Asistencia Psiquiátrica en México. Pág. 8-9.

Con todo lo anterior, se puede observar que los aztecas en el México prehispánico, tenían conocimientos profundos sobre las enfermedades mentales, las cuales eran explicadas como castigos enviados por algunos dioses para manifestar su ira, cuando los hombres presentaban un mal comportamiento. Como se explico anteriormente, los habitantes del México antiguo identificaron y diferenciaron las enfermedades mentales aplicándoles tratamientos especiales a todos aquellos males, basándose en sus conocimientos profundos de herbolaría.

Toda esta época fue marcada por rituales e innumerables prácticas que actualmente se podrían considerar como poco adecuadas, por la laboriosidad de dichos tratamientos, los insumos que aplicaban y además las creencias religiosas, que por ese entonces prevalecían.

Por otro lado, con la llegada de los españoles a América, como ya es ampliamente sabido, muchos aspectos culturales fueron cambiados, así como la forma de vida de aquellos naturales del antiguo México. Sin embargo, en la época de la Colonia, a través de los religiosos que llegaron con los conquistadores, se iniciaron acciones importantes en el ámbito psiquiátrico; tal es el caso de Fray Bernardino Álvarez, quien desde su llegada a la Nueva España en 1556, se dedicó durante más de diez años al cuidado de enfermos mentales del *Hospital de Nuestra Señora de la Concepción*, posteriormente pensó en fundar otro hospital, para dicho fin se unieron Miguel Dueñas y su esposa Isabel Ojeda, quienes donaron un terreno.

“El manicomio de San Hipólito fue el primer establecimiento que se fundó en América Latina y uno de los primeros en el mundo, para la atención y cuidado de enfermos mentales. El filántropo Bernardino Alvarez lo estableció el 2 de noviembre de 1556... (fue hasta) el 28 de enero de 1557... (cuando) se le concedió permiso para abrir dicho hospital, que desde entonces se llamó San

Hipólito. La Construcción se componía de algunas piezas, solamente sirvió para albergar enfermos ancianos y enajenados a quienes les prodigaban sus cuidados”.³

“Si se hacía necesario los pacientes eran encerrados en jaulas y *bretes* para evitar que se dañaran o lo hicieran a otros durante sus crisis de agresividad”. Bernardino les “llamaba *inocentes* a los enfermos mentales y los consideraba susceptibles de curación, en algunos casos. En el Hospital de San Hipólito se enseñaba a leer a los niños, se cuidaba a ancianos y se permitía la estadía transitoria a polizontes españoles que venían de su país sin recursos.... Pasaron los años, el hospital ya estaba dedicado exclusivamente a enfermos mentales varones”.⁴

Más tarde, ante el olvido por la sociedad de dichos enfermos, el hospital decayó, puesto que tenía grandes carencias, sobreviviendo los enfermos en situaciones precarias. En 1700 el Secretario de la Junta de Beneficencia Don Juan Abandiano, envió un informe al Virrey Antonio Ma. Bucareli, relatando las condiciones de miseria en las que se encontraba el hospital; dicho Virrey promovió la ampliación del mismo, así como las mejoras para los pacientes que se albergaban; se procedió a reconstruir el inmueble a partir del 14 de octubre de 1774, concluyéndose el 31 de diciembre de 1776. En aquellos tiempos la iglesia del *Hospital de San Hipólito* fue famosa en la Nueva España, por la atención benéfica que prestaba.

Posteriormente, durante el México independiente, la *Orden de los Hipólitos* fue suprimida por decreto de las Cortes Españolas el 1º de octubre de 1821, fecha en que el hospital pasó a manos del Ayuntamiento, y el municipio lo

³ *Ibidem*, Pág. 11

⁴ Flores, Ma. Luisa. *Hospitales para Enfermos Mentales en el México Colonial*; Págs. 52-53. En ICYT. Febrero de 1989; Vol II, N° 149

conservó, pero fueron los religiosos quienes se encargaron del cuidado de los enajenados; Antonio López de Santa Ana, en 1842, vendió los bajos del *Hospital de San Hipólito*, así como las accesorias de la iglesia, como el edificio era amplio, en un tiempo fue convertido en cuartel; sufrió las vicisitudes de la guerra de independencia y de tiempos de desajustes económicos, políticos y sociales.

En la actualidad aún se conserva dicha construcción, localizada en las calles de Avenida Hidalgo, en el Centro Histórico de la Ciudad de México, pudiéndose admirar la arquitectura de dicha época. Se observan sus oscuros pasillos, así como las estancias altas y amplias, en el patio central, hay una fuente y jardines, que ahora se encuentran ambientados con música, ya que alberga una famosa hostería, que lejos de imaginar el fin para el que fue construido dicho edificio, invita a la meditación y, por qué no, al romance.

Otro importante hospital de la época fue el del *Divino Salvador*, para mujeres enajenadas, ubicado en la calle de la Canoa, razón por la cual se le conoció con el nombre de *Manicomio de la Canoa*. Dicho Hospital fue fundado por José Sayago y su esposa, quienes antes de que existiera el hospital, “se dedicaban a recoger locas que deambulaban por las calles para llevarlas a su casa, cuidarlas y mantenerlas, pues era corriente ver en la capital de la Nueva España toda clase de pordioseros, idiotas y lunáticos por las calles, y hubo épocas en que esto constituyó una verdadera plaga”.⁵

Para entonces, Francisco de Aguilar y Seijas, Arzobispo de México, se enteró de la filantropía de Sayago y le ayudó para atender a las enfermas, trasladándolas a una casa más grande, frente al antiguo *Colegio de San Gregorio*. Posteriormente, la *Congregación del Divino Salvador* se hizo cargo del hospital y compró una casa en la calle de la Canoa, erigiéndose así, en el año de

5 Ibidem Pág. 15.

1700, el *Hospital para Mujeres Dementes de la Canoa*. Algunos otros autores aseguran que se llamo Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes. Este hospital también tuvo largas épocas difíciles; en el período de junio de 1824 al año de 1868 se convirtió por decreto en Hospital General.

En julio de 1864, cuando vuelve a considerarse manicomio, José M. Andrade hizo llegar un informe al Emperador Maximiliano, describiendo las precarias condiciones en las que se encontraba el hospital y los enfermos; ante dicha información se pudieron realizar algunas modificaciones, no sólo en cuanto a atención básica se refiere, sino también en cuanto a cuidados médicos; es importante señalar que el Dr. José Peón Contreras se distinguió por su interés en mejorar las condiciones de los enfermos y, además fue el primer profesor de enfermedades mentales en la Facultad de Medicina en México.⁶

Por otro lado, “en el *Manicomio de la Canoa*, con la expulsión de los Jesuitas, se extinguió la congregación y el patronato pasó al Gobierno, quien reformó la casa y le dio más amplitud... (lo que permitió brindar una mejor atención) a las enfermas... además se les ocupó en trabajos ligeros, compatibles con su estado. En el Hospital de la Canoa... (destacó) el Dr. Miguel Alvarado (quien) se consagró al estudio de los enfermos mentales, y fue de los primeros que en México cultivaron esa especialidad... en 1860, se hizo cargo de la dirección de dicho frenocomio, estableciendo un registro en que se contenían datos relacionados con el estudio de la locura en México... (dichos datos se referían) a la historia de cada enfermo, el pronóstico de la dolencia, (así) como el tratamiento empleado”.⁷

⁶ Cfr. Ramírez Moreno, Samuel. *Op. Cit.* Págs. 19 a 22

⁷ *Ibidem*. Pág. 25. () Especificaciones propias.

Es aquí donde aparece por primera vez un diagnóstico médico para enfermos del hospital de referencia. Fue el Dr. Alvarado quien también, por primera vez, instaló cuartos de colores con luz azul y rojo para enfermos excitados y deprimidos respectivamente; siendo éstas las primeras acciones que se dieron para abrir camino, en lo que se refiere al estudio de la medicina mental.

Después de pasar por un período de franco descuido por parte de las autoridades de la salud, ya que “más que un hospital parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas de barrotes de hierro en las puertas, separando patios y corredores; celdas con crujiás, donde se alojaban aglomeradas y recluidas a las enfermas enajenadas”.⁸ En 1905 ocupó la dirección el Dr. Juan Peón del Valle, hijo del médico José León Contreras; en dicha época se realizaron algunas modificaciones sustanciales y se dio preferencia al área que correspondía a la *Escuela de Retrasados Mentales*.

Posterior al *Hospital de la Canoa*, se construyó, por órdenes del General Porfirio Díaz, el *de la Castañeda*, inaugurando el 1° de septiembre de 1910; a este hospital fueron trasladados los enfermos de la *Canoa*, cambiando positivamente las condiciones de asistencia e higiene de los pacientes, que durante siglos permanecieron recluidos en casas insalubres e inadecuadas, abandonados por la sociedad y el Estado. Se construyó este hospital exclusivamente para enfermos mentales, siendo en su índole el más grande del país y uno de las mayores en América Latina. En aquellos años dicho manicomio llenaba las necesidades físicas de ese tiempo, sin embargo, en el aspecto técnico se observaron deficiencias, pues no se adoptaron los nuevos preceptos psiquiátricos que ya se aplicaban en otros países, pues se continuó con las viejas ideas en el manejo de estos enfermos, careciéndose de médicos

⁸ Ocaranza, Fernando. *Op. Cit.* Pág. 175.

psiquiatras suficientes y de enfermeros preparados; manteniéndose la nomenclatura de los pabellones utilizados en *San Hipólito y la Canoa*, distinguiendo a los pensionistas de los indígenas y no pensionistas, dando servicios y atención a los que pagaban, marginando a los carentes de recursos que estaban bajo la protección y sostén del Estado.

Cuatrocientos treinta pacientes del hospital de San Hipólito y 418 del Divino Salvador, fueron los primeros enfermos mentales que se atendieron en la *Castañeda*; este manicomio fue la institución psiquiátrica más importante del país y también la única.⁹

Durante muchos años, poco se progresó en referencia a los enfermos mentales, quedando sujetos a políticas de quien tenía la dirección del hospital. Sin embargo, la participación de México en la psiquiatría internacional se inició con la importante labor del Dr. Samuel Ramírez Moreno quien, en 1930, representó a México en tres *Congresos Internacionales de Higiene Mental* donde dio a conocer la creación del Tribunal para menores delincuentes, siendo de los pioneros en la fundación del *Departamento de Psicopedagogía, higiene mental y clínica de la conducta*. En 1948, contribuyó en la construcción de la *Federación Latino-Americana para la Salud Mental*. También participó en las primeras *Jornadas Psiquiátricas Latino-Americanas*, donde presentó su trabajo sobre *Tratamiento de Esquizofrenia*.¹⁰

Para el año de 1947 el Gobierno del Presidente Miguel Alemán creó en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el *Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental*, dependiendo de éste el *Manicomio General de la Castañeda*, así como todos los hospitales y consultorios para la atención de enfermos mentales

⁹ Cfr. Ramírez Moreno, Samuel. *Op. Cit.* Pág. 30.

¹⁰ *Ibidem.* Pág. 33

del país. Con esta acción se establece el reglamento de hospitales psiquiátricos y todas las actividades oficiales relacionadas con la higiene mental, también en este departamento estuvo a cargo el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Es hasta 1920 cuando en México se empezaron a usar los tests psicológicos; con la finalidad de determinar el desarrollo de los niños normales y clasificar a los disminuidos mentales; para este fin, se utilizó el entonces ya conocido Binet-Simon, con una adaptación para niños mexicanos, realizada por el Dr. Rafael Santamaría.¹¹

Es de gran importancia señalar que en 1936 la Secretaría de Educación Pública fundó el *Instituto Nacional de Psicopedagogía*, cuyas finalidades eran la investigación científica general de los problemas educativos y la aplicación concreta de dichos resultados. Entre sus secciones figuraba la de higiene mental, que en colaboración con la de psicología, estudió las características psicológicas del escolar mexicano, la elaboración de pruebas mentales individuales y colectivas y todo lo referente a la Higiene Mental Escolar. De igual modo se creó la *Escuela para Retrasados Mentales*, donde se trató de aplicar las técnicas más adecuadas en Psicopedagogía.¹²

Con este dato podemos observar que, casi en forma paralela, hay una preocupación por parte del gobierno por la salud mental en la población adulta, así como los problemas en niños escolares, situaciones que desde entonces ya se consideraban problemáticas importantes a atender en el campo de la salud mental.

¹¹ *Ibidem*, Pág. 58

¹² *Cfr.* Dirección General de Educación Especial en "La Educación Especial en México: cuadernos SEP N° 8; Pág. 45

Por otro lado, la Secretaría de Gobernación fundó *hospitales para toxicómanos en las Islas Marías y el Hospital de la Castañeda*, lugar donde las escuelas correccionales para menores delincuentes y las cárceles federales enviaban a delincuentes que así lo ameritaban, tras un examen realizado por psiquiatras. En el mencionado lugar se les brindaba la atención necesaria con los elementos que contaban en esa época.

Alrededor de 1950 fue aprobado que el *Hospital de la Castañeda* se convirtiera en el *Instituto de Neuropsiquiatría*, mismo que tuvo funciones como las de atender enfermos mentales, nerviosos agudos y crónicos de la Ciudad de México, que necesitaran de ser internados para brindarles un tratamiento y coordinar las actividades que en neuropsiquiatría se refería a todo el país; realizar investigaciones del ámbito médico-psiquiátrico; brindar capacitación para médicos, enfermeras y trabajadores sociales que estarían en contacto con pacientes psiquiátricos- esto en colaboración con la *Universidad Nacional Autónoma de México*-, llevar un control estadístico sobre enfermos mentales y nerviosos existentes en todo el país, así como todas aquellas actividades teóricas, prácticas y de investigación referentes a la higiene mental.

A dicho *Instituto de Neuropsiquiatría* en la actualidad se le conoce como el *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, teniendo las mismas funciones, y donde se trabaja con los grandes avances que ha tenido esta ciencia, en cuanto a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermos mentales.¹³

Es importante señalar que en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, se notó una gran influencia de la medicina francesa en la enseñanza y práctica de la medicina en México ya que se dio un intercambio cultural a través de libros y revistas europeas; así, las obras de Michel Foucault y otros

¹³ *Ibidem* pág. 54

importantes autores son los pilares de las clasificaciones y tratamientos en el ámbito psiquiátrico. El Diagnóstico de los Enfermos Mentales en aquella época era fundamentalmente de carácter descriptivo y sintomático, como sucedió en todo el mundo, pues únicamente se planteaba una clasificación basada en el estado anímico o general de los pacientes, así por ejemplo, se hablaba de pacientes tranquilos, furiosos, excitados, monomaniáticos, hipocondríacos, etc. Esta designación prevaleció, por mucho tiempo hasta que posteriormente la influencia *Kraepelin con la Unidad de la Psicosis Maníaco Depresiva*, de la Demencia Precoz, el conocimiento de la sífilis cerebral y sus diversas modalidades, de las psicosis seniles, etc., fue haciendo más clínico el diagnóstico y de acuerdo con mejor criterio nosológico.¹⁴

1.2. El Paciente Psiquiátrico en Reclusión.

En el México prehispánico las sanciones aplicadas a transgresores de la ley y orden social, consistían en castigos corporales de muy diversa índole. La privación de la libertad estaba considerada como medida de custodia preventiva en tanto se ejecutaba la pena o castigo impuesto y se aplicaba para delitos poco importantes siendo de mínima relevancia, puesto que comúnmente se usaban castigos más severos tales como la pena de muerte entre otros. El límite de esa reclusión era de 80 días, durante los cuales el sujeto no recibía trato o maltrato específico.

Posteriormente en la época colonial, con la promulgación de las *Leyes Indias* aparece la privación de la libertad como pena, encontrándose con detalle en los nueve libros que la integraban, originándose así las bases para el régimen penitenciario mexicano.

¹⁴ Cfr. Ramírez Moreno, Samuel. *Op. Cit.* Pág. 56.

En 1823, el *Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano*, proyecto de Joaquín Fernández de Lizard, destacaba normas para el mejoramiento de las prisiones, así como fundamentos que encaminaban el trabajo penitenciario y la enseñanza de diversos oficios.

Posterior a la consumación de la independencia, en 1826 se designa como obligatorio el trabajo dentro de las cárceles. Sin embargo, aún no se discriminaba a los presos por sexo, edad, tipo de delito, etc., siendo hasta 1848 cuando el *Congreso General* encomendó un *Reglamento de Prisiones*.¹⁵

La influencia de los ideales españoles sobre la intención de llevar a cabo una clasificación de los reclusos, así como una instrumentación del trabajo y la educación para que los delincuentes retomen el camino del honor y la justicia, entra en vigor un código penal en 1871, en el cual se establecen tres artículos mismos que señalan el carácter de obligatorio, a la "instrucción" de los reos como parte de sus actividades.

En este nuevo código penal se indica que la "instrucción" que reciban los reos comprenderá lectura, escritura y las cuatro primeras reglas de aritmética.

Es aquí donde podemos inferir que surge la necesidad del trabajo pedagógico, ya que a pesar de establecerse dichos reglamentos, no se tenía una especificación para su planeación e impartición, realizándose este trabajo parcialmente y en forma empírica.

En el año de 1882 se propone un proyecto de un establecimiento penitenciario; una vez aprobado, se inició en 1885 la construcción de la *Cárcel*

¹⁵ Cfr. Labastida Díaz, A. y Colaboradores. *El Sistema Penitenciario Mexicano*. Pág. 98.

Preventiva de la Ciudad de México, siendo Presidente de la República el General Porfirio Díaz e inaugurándose el 29 de septiembre de 1900.

Inicialmente *Lecumberri* fungió como penitenciaría del Distrito Federal, en la cual se contaba con servicios educativos, tales como talleres de capacitación y aulas para educación básica, lo que para la época era muy avanzado, ya que estaba al nivel de las grandes cárceles francesas, con su respectivo concepto de tratamiento penitenciario.

Posteriormente, cuando cierra sus puertas la Cárcel de Belén, en 1933, *Lecumberri* se convirtió en lugar para procesados y sentenciados, varones y mujeres, así que, de ser una institución para aislamiento individual, muy pronto se convirtió en celdas atestadas por una incontenible población penitenciaria, donde convivieron internos de la más variada clasificación y grado de peligrosidad, así como enfermos mentales, jóvenes delincuentes, hombres y mujeres. Se origina entonces la época más sombría e inhumana de su historia, ya que los servicios con que inicialmente contaba no fueron suficientes para toda la población que albergaba. El recluso psicótico era enviado al *Manicomio de la Castañeda* previo certificado facultativo y orden del *Gobierno del Distrito Federal*, puesto que en las cárceles no se contaba con servicios médicos de psiquiatría ni con un local apropiado para su atención.¹⁶

Puesto que el tratamiento que recibían los enfermos en esa época era realmente pobre, frecuentemente se veía a enfermos agitados amarrados con cadenas o segregados en sitios insalubres e inhumanos, siendo éste el único manejo que recibía el enfermo mental en reclusión.

¹⁶ Cfr. García Ramírez, Sergio, Legislación Penitenciaria y Correccional. Págs. 37 y 38.

Las leyes penales de los años 50 hacen referencia de los actos delictuosos por enfermos mentales, señalan que estas personas deberán ser recluidas en hospitales para su debida atención y tratamiento, y no en cárceles o penitenciarias, pero no especifican las condiciones para ser internados en hospitales, puesto que la única forma legal, era someter a los pacientes al juicio de interdicción para poderlos considerar como incapacitados.¹⁷

Ante esta situación, en 1954 se creó el Centro de *Reclusión y Rehabilitación Femenil* (Cárcel de Mujeres), así como la nueva *Penitenciaría del Distrito Federal*, en *Santa Martha Acatitla* en 1958, Institución que para ese momento contaba con instalaciones modernas y amplias, para brindar un mejor trato y tratamiento a los internos; la arquitectura original de esta penitenciaría incluyó la ubicación de una escuela que contaría con una plantilla básica de profesores para otorgar al interno educación elemental; lo que permitió el descongestionamiento, separación de procesados y sentenciados, convirtiéndose Lecumberri en Prisión Preventiva de la Ciudad de México. Fue entonces cuando se pudo brindar una mejor atención al interno y al paciente psiquiátrico, siendo hasta la década de los sesentas cuando se inician los servicios especializados puesto que dentro de esta reformada Institución existía un hospital de concentración, surgiendo así, la psiquiatría penal en México.¹⁸

En el año de 1964, se inauguró una nueva área dentro del *Hospital General de la Cárcel Preventiva del Distrito Federal: Neuropsiquiatría*, el cual contaba con consultorios para psiquiatras y psicólogos, una *Cámara de Gessell* y un gabinete de electroencefalografía, dieciséis aislamientos de máxima seguridad, totalmente protegidos para pacientes con agitación psicomotriz,

¹⁷ Cfr. Ramírez Moreno Samuel. *Op. Cit.* Págs. 58 y 59.

¹⁸ Cfr. Montiel Mejía y Colaboradores. Un enfoque sobre las Cárceles Mexicanas en el Transcurso de los Siglos. Pág. 55

agresividad y violencia, una sala para epilépticos y todo lo necesario para el tratamiento hospitalario de estos casos.

Al mismo tiempo, dicha unidad de neuropsiquiatría creó la *Jefatura de Enseñanza*, donde se realizaban investigaciones, sesiones clínicas, cursos de actualización de diferentes especialidades, sobre todo criminológica. De ahí que se diga que en la segunda época de Lecumberri surgió la psiquiatría penal.¹⁹

La conformación del hospital dentro de la cárcel, constituyó un hecho de gran importancia ya que de esta manera el interno podía recibir una atención más adecuada. Este cambio coincidió con la construcción de varios hospitales granja en distintos lugares de la República.

En el año de 1965, se sustituye la antigua instalación de la Castañeda por un conjunto de hospitales, tales como el *Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"* y el *Hospital Campestre "Dr. Adolfo N. Nieto"*, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En dichos hospitales se designó una área específica para enfermos mentales que habían infringido las leyes.²⁰

A partir del surgimiento de estas áreas, se trabaja con la idea de que el delincuente es un enfermo social y, al enfermo mental que delinque, se le ve doblemente afectado por males psíquicos y sociales.²¹

El 7 de octubre de 1976, se cierra *Lecumberri* al inaugurarse nuevos centros penitenciarios, así el 11 de mayo de 1976, el *Departamento del Distrito Federal* creó el *Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal*, con la finalidad de contribuir a la rehabilitación social de los individuos que hubieran

¹⁹ Cfr. Peimbert Ramos, Roberto. Evolución Histórica de los Servicios Médicos Penales y su Proyección Actual. Págs. 22 y 23.

²⁰ Cfr. *Ibidem*. Pág. 25

²¹ Cfr. Montiel Mejía y Colaboradores. Op. Cit. Pág. 68

delincuente, y además para substituir las instalaciones médicas obsoletas de la antigua cárcel preventiva de la Ciudad de México, brindando la intervención debida a enfermos mentales y a los casos que requerían de atención médica especializada; se atendió a individuos sujetos a proceso y sentenciados, a aquéllos que por disposición legal debían ser internados en una institución especializada. Por lo tanto, se pretendía en el *Centro Médico de los Reclusorios del Distrito Federal*, atender y, en lo posible, rehabilitar a personas que requerían de medicina especializada en psiquiatría; dicho hospital contaba con una capacidad de 330 camas, de las cuales 300 fueron destinadas para la asistencia psiquiátrica y 30 para atención médico quirúrgica de alta especialidad. Este centro se construyó en una superficie de tres hectáreas en la zona de Tepepan del Distrito Federal.

Los objetivos que se plantearon en el Centro Médico para Reclusorios del Distrito Federal eran:²²

- 1) - Proporcionar atención de alta especialidad médico quirúrgica y psiquiátrica a pacientes procesados o sentenciados de los Reclusorios del Distrito Federal.
- 2) Impulsar la investigación aplicada dentro de las ciencias relacionadas con los problemas médico-legales.
- 3) Difundir, en los distintos niveles de enseñanza, el conocimiento teórico-práctico de las ciencias sociales y físico-naturales afines a las disciplinas médico-legales.

²² Cfr. *Ibidem* Págs. 68 y 69.

- 4) Colaborar en los programas del sistema penitenciario, orientados a la rehabilitación y readaptación social de las personas privadas de su libertad.

Este *Centro Médico para Reclusorios* fue un primer intento en la búsqueda de la rehabilitación y readaptación social de enfermos mentales que infringían las leyes, población a la que poco se le había brindado la atención requerida. En este lugar se desechó la posibilidad que se convirtiera en un centro donde únicamente se confinara al paciente, puesto que se pensó en la participación activa de los internos, a través de diversas disciplinas como: Criminología, Psicología, Trabajo Social, Sociología, etc.

Cabe observar que no se hace manifiesto hasta entonces, la necesidad del área pedagógica. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, existía la idea clara de readaptar al recluso, por medio del trabajo y la educación, aunque para ese entonces aún no surgían propuestas para sistematizar dicha educación la cual podía ya catalogarse como especial, ya que al hablar de rehabilitación se estarían tomando en cuenta trabajos de reeducación y, por lo tanto, de aprendizaje.

Es importante señalar que el *Centro Médico para Reclusorios del Distrito Federal*, se destinó únicamente para internos de la Ciudad de México; en cambio, el *Hospital Samuel Ramírez Moreno*, sí albergó a internos de diferentes entidades federales, en un pabellón especial, sin embargo, dicho pabellón tenía una capacidad de 100 camas, cantidad insuficiente para satisfacer las necesidades del país en este terreno; en consecuencia, el hospital se saturó en unos cuantos meses después de iniciar este servicio. Mientras tanto, se daba una gran cantidad de candidatos a internamiento, esperando su turno en los diferentes reclusorios del país, conviviendo con los demás delincuentes, mismos

que los hacían presa de abusos de todo tipo. A esto habría que agregar la carencia del personal psiquiátrico en la mayoría de los *Centros de Readaptación Social*, pues no siempre contaban, por lo menos, con un médico general, lo que impedía que los enfermos mentales reclusos recibieran un elemental tratamiento psiquiátrico.²³

El *Centro Médico para Reclusorios del Distrito Federal* fue una institución que durante mucho tiempo proporcionó atención especializada a pacientes de todo tipo y, en especial, al enfermo mental, sin embargo, debido a problemas económicos y políticos, dicho centro cambió su línea ya que se consideró que no se lograban los propósitos inicialmente señalados. Entonces este lugar pasó a ser el *Centro de Readaptación Social Femenil (Penitenciaria)* ya que la cárcel de Mujeres de Iztapalapa cerró sus puertas en el año de 1981 y se tuvo que trasladar a las internas, a lo que antes fuera el *Centro Médico de Reclusorios del Distrito Federal*.

Consecuentemente, hasta entonces no se contaba en México con una institución que brindará un servicio óptimo y que cubriera las necesidades de atención médico psiquiátrica para enfermos mentales en reclusión.

1.3. Surgimiento del Diagnóstico Pedagógico.

Para continuar con la revisión de aspectos importantes que anteceden al Diagnóstico Pedagógico en sujetos adultos, confinados y enfermos mentales, es de gran relevancia hacer algunos señalamientos respecto al área educativa, que permitan vislumbrar la situación de la Educación Especial en México. De tal manera que el lector cuente con un marco referencial que le permita ubicar al diagnóstico pedagógico en reclusión.

²³ Cfr. García Ramírez, Sergio. *Op. Cit.*, Págs. 184 y 185

El Dr. José de Jesús González, precursor de la Educación Especial en México (1929), planteó la necesidad de proporcionar atención a los niños con problemas mentales. Inspirados en él, el Dr. Santamaría y el Maestro Lauro Aguirre, vieron la necesidad de aplicar en México métodos y técnicas pedagógicas actualizadas, así que instauraron el *Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar*, el cual se dedicó al estudio de los niños mexicanos en edad escolar; los resultados de dichos estudios originaron que se abriera la *Escuela de Recuperación Física* en 1932.²⁴

El Dr. Roberto Solís Quiroga resaltó la importancia y necesidad de institucionalizar la Educación Especial ante el *Ministerio de Educación Pública* en nuestro país. Por medio de esta inquietud, se logró que se abriera un apartado en la *Ley Orgánica de Educación* sobre la protección de los deficientes mentales en 1932; en este mismo año, se inaugura el *Instituto Médico-Pedagógico*, donde se atendían niños con deficiencia mental, siendo éstos los primeros indicios de la Educación Especial en México.

²⁴ Esta información y los siguientes datos fueron tomados de La Educación Especial en México. N° 8 Cuadernos SEP.

Ya para el 7 de julio de 1943, se volvió a reformar la *Ley Orgánica de Educación*, lo cual permitió que se instituyera la *Escuela de Formación Docente para Maestros en Educación Especial* dentro del *Instituto Médico-Pedagógico*; en esta escuela se abrieron las Carreras de Maestros en Educación de Deficientes Mentales y de Menores Infractores; a partir de entonces, se crearon más carreras de Educación Especial, lo que motivó que hubiera una mayor oferta de servicios especiales para niños y adolescentes con necesidades específicas; de esta manera, en las dos décadas siguientes, se logró establecer escuelas de perfeccionamiento y Educación Especial no sólo en el Distrito Federal sino en varios estados de la República, puesto que en estas instituciones se observó la gran necesidad de brindar atención especial a la población infantil mexicana.

Todo lo anterior dio como resultado que en 1970, se estableciera la *Dirección General de Educación Especial*, dependiente de la *Secretaría de Educación Pública*.

Todas estas Instituciones han marcado los primeros indicios del tratamiento con una orientación psicopedagógica para niños y adolescentes con problemas de aprendizaje o conducta; es aquí donde se empieza a valorar la importancia del ámbito pedagógico, no sólo en actividades para la mayoría de los educandos, sino a partir de las observaciones de los profesores de aula; estos se han enfrentado a problemas de rendimiento o conducta en algunos de sus alumnos, y a pesar de prestarles atención especial continúan con problemas; por lo que en dichos casos se requiere de apoyos más especializados; es aquí precisamente donde se puede inferir el primer indicio de **"Diagnóstico Pedagógico"** con la intención de valorar la necesidad de proporcionar atención especializada a favor de un mejor desarrollo de los niños.

Cabe señalar que la atención especial se inició sólo para niños y adolescentes con las características señaladas, por lo cual, por un tiempo el pedagogo se abocó sólo a la atención de dicha población; sin embargo, con el paso del tiempo, se observó la necesidad de que el pedagogo valorará no sólo a los niños, sino también a adultos en diferentes circunstancias. Al respecto la UNESCO, considera que la “**Enseñanza Especial**” es aquel sector que engloba toda enseñanza general o profesional destinada a los disminuidos físicos y mentales, a los inadaptados sociales y a toda categoría especial; luego entonces la educación que se le brinda a sujetos que se encuentran en reclusión, también se deberá considerar como Educación Especial.

En 1971 las autoridades gubernamentales otorgaron las facilidades para que se organizarán sistemas médico-penales con una orientación humanista. Se iniciaron programas de atención integral para el recluso psicótico, basados en estudios de personalidad, para reducción de la pena, se abrió la comunicación profesional entre jueces y psiquiatras, tratando de establecer las bases de un mejor conocimiento del sujeto a proceso o a sentencia. Para ese entonces ya se contemplaba la necesidad de un tratamiento médico, control psiquiátrico y un régimen pedagógico correccional, donde el médico de una prisión se convierta en un verdadero especialista en terapéutica criminológica con bases antropológicas, psiquiátricas y de pedagogía correctiva que le permitan, de acuerdo con el diagnóstico criminológico, instaurar un tratamiento penitenciario basado en características individuales del recluso.²⁵

• Tomado de declaraciones emanadas de la Asamblea General de la ONU en Enfermos Mentales e Inimputables, Editado por la Comisión de Derechos Humanos: Págs. 102 y 103

•
²⁵ Cfr. Peimbert, Ramos Roberto. Evolución Histórica de los Servicios Médico Penales y Su Proyección Actual, Págs. 33 y 34.

Es aquí donde aparece la necesidad de una intervención pedagógica en el sistema penitenciario, puesto que se habla de que el pedagogo se encargará de reeducar al detenido y readaptarlo a una vida social, mediante la educación, el trabajo, actividades físico culturales; para esa época aun no se contaba con instituciones que pudieran brindar dicha atención a enfermos mentales en reclusión pero ya se contemplaba la necesidad de la pedagogía en el ámbito penitenciario, de una manera sistematizada y organizada.

En la Ley de Normas Mínimas, llamada así porque mediante un grupo de preceptos básicos, ha procurado fijar solo las bases elementales, irreductibles mínimas verdaderamente para fundamentar el sistema penitenciario completo; se ha fijado los elementos del tratamiento penitenciario los cuales son: el trabajo como función terapéutica y sentido recuperador; la educación entendida como pedagogía correctiva.²⁶

En México, con la promulgación de la *Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados* en el año de 1971, se intenta regular el tratamiento de readaptación social en base al trabajo, la capacitación para el mismo y la educación, tal como lo marca el artículo 18° Constitucional.

Es aquí donde el sistema penitenciario necesita del área educativa para dar cumplimiento a los estatutos primordiales de dicha ley.

Hasta aquí se ha hecho una revisión histórica general que permite conocer la situación que se ha vivido en México respecto a los adultos enfermos mentales que han incurrido en algún delito y se encuentran en reclusión. Se ha explicado

²⁶ Cfr. García Ramírez. *Op. Cit.* Págs. 24 y 25

la manera en que han evolucionado las principales disciplinas que intervienen con este tipo de sujetos: la Psiquiatría, la Medicina y la Pedagogía.

CAPITULO 2

CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

En el capítulo anterior, se han revisado los antecedentes de mayor importancia que nos permiten conocer la evolución del tratamiento que se le ha brindado al enfermo mental en nuestro país. Se vuelve necesario ahora conocer la manera en que ha surgido el nuevo concepto de Rehabilitación Psicosocial.

Si tomamos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud considera que "*Salud Mental* es el bienestar que una persona experimenta como resultante de su buen funcionamiento en aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales; y en último término del despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación".²⁷ Entonces podemos concluir que *Enfermedad Mental* es el malestar que una persona experimenta como resultante de un inadecuado funcionamiento en aspectos cognoscitivos y conductuales, limitando u obstaculizando el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

No es sino hasta la década de los noventas, cuando se toma en cuenta la problemática existente en sujetos enfermos mentales que se encuentran en reclusión, de ahí que se conciba la idea de crear un centro que funcione como hospital y reclusorio a la vez y brinde la atención debida a internos confinados con algún padecimiento mental.

²⁷ *Enfermos Mentales e Inimputables, Documentos Nacionales e Internacionales. Editado por la Comisión de Derechos Humanos. México 1995. Pág. 165.*

2.1. Generalidades.

Con la finalidad de presentar una alternativa viable a la problemática de cada interno y de atender enfermos mentales reclusos en las diversas cárceles mexicanas, así como en algunas instituciones psiquiátricas del país, la Secretaría de Gobernación ha determinado la creación de un Centro de Atención Psiquiátrica. Dicha institución especializada forma parte de un sistema integrado por la mencionada Secretaría, los Gobiernos Estatales, el Sistema Nacional de Salud, Instituciones Sociales y los propios Reclusorios del Sistema Penitenciario Mexicano.

Para la elaboración del proyecto respectivo se efectuaron diversas investigaciones a nivel internacional, con la finalidad de encontrar sustentos que apoyarán dicho proyecto; sin embargo, no se logró encontrar un modelo de institución que presentara características semejantes para poder ser adaptado a las necesidades particulares e idiosincrasia mexicana, así que el mencionado proyecto fue concebido a partir de los requerimientos propios. Cabe aclarar que en Estados Unidos y en España existen instituciones que se dedican a la atención de internos que presentan enfermedades mentales, pero sus características presentan otras particularidades.²⁸

En 1995 se publica en México el Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria. Este plan constituyó una respuesta al grave problema que representaba la población penitenciaria de enfermos mentales e inimputables. Entiéndase como inimputable a "toda persona que padece algún trastorno mental que lo imposibilita para comprender el carácter jurídico de su

²⁸ Cfr. Camacho Coronel y Hernández Cuevas. El Enfermo Mental Interno en las Prisiones Mexicanas. PRO.NA.CA.P. México, 1994. Pág. 17.

comportamiento y es incapaz para actuar conforme a esa comprensión, al cometer alguna conducta delictiva”.²⁹

Con este plan se pretenden implementar acciones globales de tipo preventivo, de tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, todo esto a través de la creación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. Su objetivo principal consistiría en “...planear y ejecutar un plan nacional de atención al ser humano privado de su libertad corporal y que guarda un estado de enfermedad mental permanente o transitoria y, que además le ubica en una condición jurídica, bien sea durante el proceso o durante el cumplimiento de una sentencia privativa”.³⁰

Una característica fundamental de la institución es la de internar a los pacientes, no para mantenerlos confinados indefinidamente, sino para su tratamiento rehabilitatorio. La principal característica de este centro es el predominio de un criterio médico-técnico (en esta área se ubica el trabajo pedagógico) sobre el penitenciario, sin despojarlo de las condiciones de seguridad indispensables para evitar evasiones o daños a otros internos o al personal.

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial se encuentra ubicado físicamente en el Estado de Morelos, con una superficie aproximada de diez hectáreas, contando con amplios espacios abiertos que favorecen la rehabilitación del enfermo mental. Técnicamente está comprobado que las puertas, rejas y la falta de espacios, actúan como factor negativo y perjudicial para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.³¹

²⁹ *Ibidem*. Pág. 23.

³⁰ Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Secretaría de Gobernación. México 1995. Pág. 9.

³¹ Gómez, Mario. Curso “Educación en Salud Mental” I.M.P. notas tomadas en clase, Abril 1995

“Las líneas políticas que ha marcado la Subsecretaría de Protección Civil y de Prevención y Readaptación Social para que el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial cumpla con sus fines y objetivos están inspiradas en los principios de atender fundamentalmente a la persona en sus bases de dignidad y de absoluto respeto a sus derechos humanos. Además buscará cumplir con el principio constitucional del derecho a la salud que todos los individuos tenemos; esto no evita que los individuos que alberga el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial se reconozca que están a disposición de la autoridad judicial o ejecutora, debiendo ser resguardados bajo todas las medidas de seguridad que su condición implica; de esta forma, la política del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, será atender al hombre en su dimensión biopsicosocial, e investigar y atender las causas parciales o totalizadoras que lo pudieran haber llevado a transgredir las normas de convivencia social, procurando resolver en lo posible o mantener en cautela a los que no sean susceptibles de remediar.”³²

2.2. Objetivos.

Dentro del Plan Nacional de Atención Psiquiátrica, se describe el objetivo general que deberá cumplir el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, el cual consiste en proporcionar atención psiquiátrica especializada de tercer nivel, a la población penitenciaria del país en régimen de hospitalización de corta y mediana estancia para todos aquellos internos presos en calidad de indiciados, procesados y/o sentenciados ejecutoriados; así como la custodia, tratamiento y

³² Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria. Pág. 24.

peritación de pacientes (inimputables) que ingresen por expreso mandato judicial, para tales fines.³³

De acuerdo con los criterios y la normatividad que se rige en el mencionado *Plan Nacional*, se denomina *Atención especializada de tercer nivel* a las acciones de control y rehabilitación para los enfermos mentales e inimputables, cuya atención requiera de servicios de hospitalización médica no prolongada, por lo tanto, las acciones correspondientes a la prevención y tratamientos prolongados para enfermos crónicos, no se atenderán en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial puesto que estas acciones se brindarán en los centros estatales, lo que se denomina atención de primero y segundo nivel. Sin embargo, sí se podrá brindar apoyo y asesoramiento al personal que trabaje directamente con la población penitenciaria.

De igual forma, se brinda atención a todos aquellos internos que se encuentran privados de su libertad en calidad de indiciados, o sea bajo un indicio, es decir, bajo el resultado de una "prueba indirecta deducida de una circunstancia o circunstancias... que en relación con un hecho o acto determinado, permite racionalmente fundar su existencia..."³⁴

Asimismo, recibirán atención especializada quienes así lo ameriten y una vez procesados se les haya designado como acusados o como condenados, es decir a aquellos internos que se encuentren bajo sospecha "de un delito contra el cual se ha dictado auto de procesamiento... (se entiende que un auto de procesamiento es un) auto judicial, (es decir una acción judicial por la que se)... declara a alguien sujeto a las consecuencias de una causa criminal..."³⁵

³³ *Ibidem*, Pág. 20.

³⁴ De Pina y De Pina Vera, Rafael. *Diccionario de Derecho*, Pág. 299.

³⁵ Ramírez Gronda Juan D. *Diccionario Jurídico*, Pág. 249. () Especificaciones propias.

De igual manera, se atenderá a pacientes que lo requieran y se encuentren en una situación legal en términos de Sentencia Ejecutoriada. Una sentencia ejecutoriada es "... aquélla causa ejecutoria, por ministerio de la ley o por resolución judicial... (es) ejecutoria (en tanto implica un) ... acto procesal del juez, mediante el (cual) declara que una sentencia ha causado ejecutoria, (lo que implica que ya se logró) ... comprobar de manera indudable la certeza de una cosa".³⁶

Por consiguiente, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial otorga los servicios de rehabilitación y se encarga de ejercer custodia, es decir, "guardar o cuidar una cosa ajena. Ello implica una vigilancia ejercida sobre una persona privada de su libertad por la autoridad competente".³⁷ O sea, que todos aquellos que ingresen al centro, se encontrarán bajo el cuidado y vigilancia de las autoridades correspondientes, pues aunque se les tomará como pacientes, no se olvidará que también son internos en reclusión.

Por otro lado, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial tiene la facultad de diagnosticar o determinar la imputabilidad o inimputabilidad jurídica de un interno ante el juez, mediante la vía psiquiátrica, o para la eventual liberación si el interno-paciente resultase exento de toda responsabilidad.³⁸

2.3. Estructura y Funciones.

De acuerdo con el proyecto inicial, se estableció que, con la finalidad de englobar todas las acciones normativas, médicas, técnicas, administrativas, jurídicas y de custodia, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial tiene

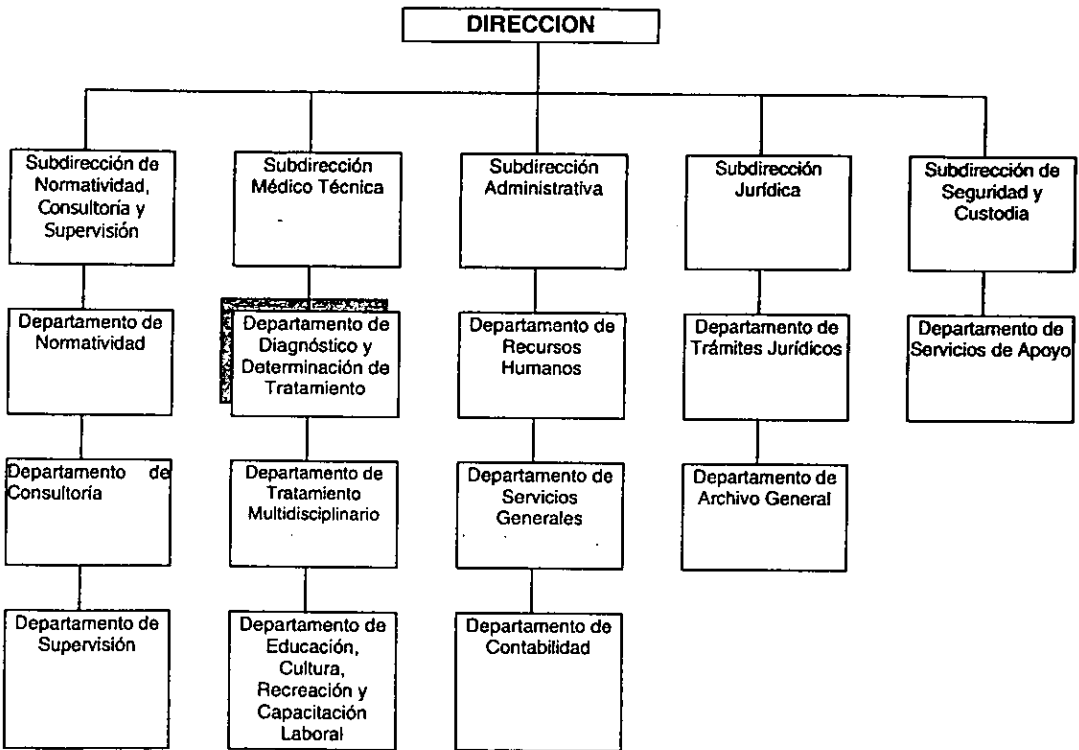
³⁶ De Pina. *Op. Cit.* Pags. 244 y 245. () Especificaciones propias.

³⁷ De Pina. *Op. Cit.* Pág. 195.

³⁸ Cfr. Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para Población Penitenciaria. Pág. 12.

aprobado un total de sesenta puestos estructurales, distribuidos conforme al organigrama que se presenta a continuación.

ORGANIGRAMA



Fuente: Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Proyecto del Manual de Funciones del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. México, D. F. 1995.

Para ofrecer una mejor idea del funcionamiento del centro, se señalarán los objetivos pormenorizados que pretenden cada uno de los puestos referidos, sin embargo, se hará una revisión más profunda del área Médico Técnica con la finalidad de identificar dónde se encuentra estructurada el Área Pedagógica.

2.3.1 DIRECCION: Se encarga de dirigir, organizar, programar, controlar y evaluar el cumplimiento de las metas y operatividad del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, vigilar que cumpla con sus fines de centro rector de normas y operatividad para el tratamiento de los enfermos mentales privados de su libertad e internos en las diferentes instituciones del país, que deben recibir atención en los departamentos psiquiátricos acondicionados para tal fin.

2.3.2 SUBDIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD, CONSULTORÍA Y SUPERVISIÓN.

Objetivo: Planear, programar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el buen funcionamiento de las políticas y normas que regulen las actividades médico-técnicas y operativas del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y de las Instituciones Penitenciarias Federales que proporcionen atención psiquiátrica de primer y segundo nivel.

Para alcanzar dicho objetivo, la Subdirección cuenta con tres departamentos y siete oficinas, las cuales en conjunto realizan las siguientes funciones:

* En el organigrama el Area Pedagógica aparece resaltada en un recuadro.

- Vigilar que las políticas y normas emitidas por la Secretaría de Gobernación sobre tratamiento psiquiátrico penitenciario se cumplan.
- Mantener acciones de colaboración con dependencias del Departamento del Distrito Federal y del Sector Público, así como de instituciones descentralizadas, privadas e internacionales.
- Realizar periódicamente cursos de capacitación y/o actualización en el ámbito integral de las ciencias penales y psiquiátricas.
- Coordinar y evaluar todos los programas que se lleven a cabo por parte las diferentes áreas que integran la institución.³⁹

2.3.3. SUBDIRECCIÓN MÉDICO TÉCNICA.

Objetivo: Coordinar y verificar la ejecución del procedimiento médico-técnico, encaminado a la obtención del diagnóstico de presunción, tratamiento inicial y definitivo en todos los pasos, así como las actividades rehabilitatorias que la contemplan. Lo anterior, de acuerdo con lo que estipula el Reglamento del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial en su artículo 48; "La Subdirección Médico-Técnica realizará el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de programas de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral".⁴⁰

³⁹ Cfr. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Proyecto de Manual de Funciones para el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. México, D. F. 1995

⁴⁰ Cfr. Secretaría de Gobernación. Proyecto de Reglamento del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, México, D. F. 1995. Pág. 98.

La Subdirección Médico-Técnica forma parte de la organización del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y le corresponde realizar actividades para la atención integral del interno-paciente durante el proceso rehabilitatorio desde su ingreso; dichas actividades están contextualizadas en un marco normativo y en coordinación con las otras subdirecciones que conforman la estructura de la institución.

En cumplimiento al compromiso de proporcionar trato humano, digno y personalizado al interno-paciente, considerado desde el punto de vista biospsicosocial, la Subdirección Médico-Técnica ha organizado sus actividades en tres unidades departamentales:

- 1.- U. D. de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento.
- 2.- U. D. de Tratamiento Multidisciplinario.
- 3.- U. D. de Educación, Cultura, Recreación y Capacitación Laboral.

A través de la aplicación de diversas técnicas e instrumentos, el personal especializado en cada área realiza una recopilación de datos que permitan obtener una perspectiva general del interno-paciente en su persona y, por lo tanto, en su enfermedad, evolución y manifestaciones. Una vez obtenidos dichos datos por las Áreas Médico Técnicas, son retomados en el organismo que se le denomina "*Comité de Tratamiento y Rehabilitación*", donde se evalúan los resultados del diagnóstico y se opta por una estrategia de tratamiento inicial, misma que se lleva en forma interdisciplinaria y es sometida a evaluación y supervisión por parte de cada una de las áreas correspondientes.

1.- La U. D. de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento está conformada por las Oficinas de: Medicina General, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Pedagogía; en todas estas oficinas se elaboran los diagnósticos de cada área

para presentarlos ante el *Comité de Tratamiento y Rehabilitación* y es precisamente en este espacio donde aparece lo que se llama **Diagnóstico Pedagógico**; siendo aquí donde radica la aportación del presente trabajo, ya que anteriormente no se había contemplado el **Diagnóstico Pedagógico** en el ámbito psiquiátrico; cabe destacar que en el proyecto inicial del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial se señala que, al ser un reclusorio especializado para los internos enfermos mentales, es necesario retomar bases pedagógicas encaminadas a la rehabilitación de dichos internos.

Cabe subrayar que el mencionado *Comité de Tratamiento y Rehabilitación*, es un organismo interno que funge como parte medular para la operatividad de la Subdirección Médico Técnica, puesto que su función esencial consiste en evaluar constantemente el proceso de rehabilitación; dicho comité está conformado por el personal especializado de las diferentes disciplinas que integran la Subdirección, esto es, el Jefe de Oficina de Psiquiatría, Psicología, Criminología, Medicina, Trabajo Social y Pedagogía, quienes participan conjuntamente para tomar decisiones sobre el tratamiento rehabilitatorio del interno-paciente.

2.- La Unidad Departamental de Tratamiento Multidisciplinario se encarga de brindar servicios médicos de todas las especialidades, incluyendo las psiquiátricas; de tal manera que se brinde el tratamiento que el interno requiera con base en el diagnóstico emitido por el Equipo Multidisciplinario. Dicho tratamiento deberá ser aceptado por el Comité de Tratamiento y Rehabilitación; de esta manera se realiza una intervención multidisciplinaria e interdisciplinaria, esto es, que el interno-paciente sea tratado por las diferentes áreas en forma paralela con objetivos claros en busca de la rehabilitación psicosocial .

3.- Por otro lado, las actividades propiamente de rehabilitación, son aquellas que se le asignan al interno-paciente, de acuerdo a la evaluación de su estado

físico y mental, mismas que serán aplicadas a través de la Unidad Departamental de Educación, Cultura, Recreación y Capacitación Laboral. Es en este departamento donde se aplica el Plan de Tratamiento que propone el Diagnóstico Pedagógico, aprobado por el Comité de Tratamiento y Rehabilitación; se encarga de aplicar programas encaminados a ejercitar habilidades y capacidades tanto cognitivas como físicas, a través de actividades psicopedagógicas, ocupacionales, ludoterapéuticas y deportivas; todas ellas orientadas a proporcionar al interno-paciente la oportunidad para lograr una adecuada funcionalidad intrainstitucional o extrainstitucional. Del mismo modo se dará cumplimiento a lo que estipula la *Ley de Normas Mínimas para la Readaptación Social*, donde se marca como base fundamental para la readaptación social, el que se les brinde educación y trabajo. Es por ello, que los progresos del tratamiento integral se ven reflejados en el departamento señalado.⁴¹

2.3.3.1. EL DIAGNOSTICO PEDAGOGICO.

De acuerdo con la estructura inicial del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, ya mencionada, el Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento cuenta con áreas médicas y sociales, dentro de éstas se encuentra la Oficina de Diagnóstico Pedagógico, misma que, al mismo tiempo que Psiquiatría, Criminología, Psicología, Trabajo Social y Medicina, emiten un diagnóstico así como los lineamientos a seguir en el tratamiento del interno-paciente; al ser éste un trabajo multidisciplinario, cada especialidad aplica las técnicas y estrategias propias.

El objetivo de la Oficina de Pedagogía consiste en investigar las posibilidades educativas del paciente para proponer las estrategias a seguir encaminadas a lograr su rehabilitación, de acuerdo a las capacidades

⁴¹ Cfr. Dirección General de Prevención y Readaptación Social, *Op. Cit.* Pág. 45.

individuales de cada paciente, de tal manera que se le pueda devolver su funcionalidad mediante el Plan Global Terapéutico propuesto.

2.3.4. SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.

Objetivo Dirigir y controlar el conjunto de normas obligatorias que regulan el manejo de los recursos humanos, financieros y materiales que hacen posible el cumplimiento de los fines de una Institución.

La Subdirección Administrativa cuenta con tres departamentos; el de Recursos Humanos, Servicios Generales y Contabilidad. Además de siete Jefaturas de Oficina que contribuyen al logro de dicho objetivo, teniendo como funciones:

- Aplicar en las áreas del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial las políticas y directrices generales que en lo referente a la administración de los recursos humanos, materiales y financieros dicte la Secretaría de Gobernación.
- Coordinar y participar en la elaboración del anteproyecto y proyecto del presupuesto de egresos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, de conformidad con la normatividad aplicable para tal efecto.
- Vigilar la aplicación de las directrices y lineamientos para ordenar el proceso de modernización administrativa en las áreas del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

- Programar y coordinar las actividades referentes al sistema administrativo y desarrollo del personal, para que se ajusten a los requerimientos particulares del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.⁴²

2.3.5 SUBDIRECCION JURIDICA.

Objetivo: Integrar y mantener la compilación de leyes y demás disposiciones de carácter jurídico, cuya observancia o aplicación compete al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Dicha Subdirección Jurídica, para alcanzar el objetivo señalado, se auxilia de dos Unidades Departamentales y 8 Jefaturas de Oficina, las cuales tienen las siguientes funciones:

- Realizar estudios jurídicos especiales de aplicación dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- Elaborar las opiniones o dictámenes de carácter jurídico que le sean solicitados a la Subdirección Jurídica.
- Supervisar el procedimiento establecido para la realización de los trámites jurídicos que demande y requiera la población interna.
- Realizar las investigaciones jurídicas que requiera el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- Formular las denuncias ante las autoridades que correspondan, de los delitos que se cometan dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

⁴² Ibidem, Pág. 53.

- Coordinar la Defensa de oficio, el otorgamiento de los beneficios de ley, a internos procesados y realizar los trámites correspondientes ante la Dirección de Ejecución de Sentencias, para aquellos que se encuentren dentro del marco de *Ley de Normas Mínimas*.
- Verificar que se encuentre debidamente requisitada la documentación jurídica que integre el expediente de la población reclusa.
- Rendir los informes previos y justificados sobre las demandas de amparo impuestas por los internos en contra de los actos que afecten la integridad de cada uno de ellos, en donde se señale como parte actuante a las autoridades del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- Recopilar la información correspondiente de los dictámenes de Consejo Técnico Interdisciplinario, así como tramitar lo concerniente ante las autoridades correspondientes.
- Participar en la elaboración y aplicación de controles de suministro, prestación de servicios, maquila y convenios de finiquitos con las personas físicas y morales.
- Elaborar y enviar los informes correspondientes a la permanencia, tratamiento y evolución del interno a la autoridad judicial correspondiente, dentro del término legal establecido.
- Realizar el seguimiento de las averiguaciones previas realizadas en el centro.⁴³

⁴³ Ibidem. Pág. 58.

2.3.6. SUBDIRECCION DE SEGURIDAD Y CUSTODIA.

Objetivo: Organizar la disciplina y el orden de los interno-pacientes, personal y visitantes del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, manteniendo la seguridad dentro y en las extensiones del mismo, de acuerdo a las normas y reglamentos establecidos en el *“Reglamento para los Centros Federales”*.

Con la finalidad de lograr el objetivo planteado, se auxilia de una Unidad Departamental y 4 Jefaturas de Oficina, las cuales en conjunto tienen como funciones generales:

- Garantizar el correcto funcionamiento de los servicios, así como establecer estrategias para mantener el orden dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- Controlar en tiempo oportuno cualquier disturbio que se origine y prever lo necesario para corregir y controlar incidentes.
- Controlar y garantizar el buen empleo del armamento y municiones, así como su conservación y seguridad.
- Verificar físicamente y periódicamente que el número de población interna corresponda con las listas oficiales.
- Cuidar que las órdenes directivas se cumplan en lo referente a la seguridad y custodia del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.⁴⁴

⁴⁴ Ibidem. Pág. 65.

Hasta aquí se ha descrito de manera general la organización que tiene el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, también se han aclarado algunos términos legales que mejor se utilizan regularmente en el ámbito penitenciario, lo cual permite comprender bajo qué circunstancias ambientales se realiza actualmente el tratamiento del enfermo mental en reclusión, y de qué manera se haya inmerso el trabajo pedagógico con las demás Áreas Médico-Técnicas.

CAPITULO 3

DIAGNOSTICO PEDAGOGICO

Una vez que ya se conoce cual ha sido la evolución histórica del trato y tratamiento para aquellos sujetos que cursan una enfermedad mental y se encuentran en reclusión; y que también ya se ha descrito la organización del Centro donde actualmente se albergan, ahora se hace necesario una revisión de la conceptualización que se ha tenido sobre el Diagnóstico Pedagógico. En el presente capítulo se hará el análisis de los conceptos básicos, mismos que sustentan la propuesta. Posteriormente se describen los pasos a seguir para la elaboración del Diagnóstico Pedagógico bajo las circunstancias tan particulares como son las de los interno-pacientes que se encuentran en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

3.1. CONCEPTOS BASICOS

Es preciso iniciar este capítulo aclarando la etimología del término que más se utiliza en el presente trabajo, para posteriormente vincularlo con el ámbito pedagógico.

Etimológicamente la palabra diagnóstico proviene del griego Día, a través de, y Gignósko: conocer.⁴⁵

Al trabajar sobre diagnósticos se hace necesario retomar las aportaciones que ha hecho la medicina para clasificar las enfermedades físicas y mentales a partir de manifestaciones visibles.

⁴⁵ Cfr. Bruckner, L. J; Bond, G. Diagnóstico y Tratamiento de las Dificultades en el Aprendizaje. Pág 65.

“La Sintomatología es inherente a la actitud clasificatoria o taxonómica de las enfermedades físicas o mentales, es decir, se supone que cada trastorno tiene manifestaciones visibles (signos y síntomas) que sin ser la enfermedad en sí, las indican o señalan. De modo que el practicante debe aprender a distinguir cuáles son los síntomas de cada enfermedad con el fin de diagnosticar acertadamente”.⁴⁶

Originalmente el término “diagnóstico” fue usado únicamente en el campo de la medicina, pero ha pasado a otros ámbitos, significando por extensión, evaluación de una situación dada donde se emite un juicio con base en un hecho y todas aquellas circunstancias que lo rodean.

El término “diagnóstico” se refiere a todos aquellos pasos a seguir por el especialista en los que se comparan los hechos desconocidos con otros conocidos para descubrir, por esta comparación, aspectos distintivos, anomalías o funciones deterioradas. Tradicionalmente, se ha considerado que el resultado del diagnóstico emerge de la adecuación o no entre la situación actual en la que se aplican las técnicas de valoración y el paradigma que se ha establecido como patrón, o bien, lo que se ha enmarcado socialmente como norma.

Inicialmente, la Psicología Diferencial desempeñaba un papel importante en la aplicación del diagnóstico al campo escolar, ya que se interesó en el estudio de las diferencias individuales. El propósito primordial era clasificar y seleccionar a los estudiantes de acuerdo con sus aptitudes o capacidades; en este primer momento el diagnóstico implicaba la recolección de información mediante test, cuestionarios, entrevistas, etc. para dar orientación, hacer una selección o asignar a los sujetos un tratamiento.

⁴⁶ Galindo y Colaboradores Modificación de la Conducta en Educación Especial.- Página 45.

Actualmente, existen varias posibilidades de realización del diagnóstico en cuanto a métodos e instrumentos además de los propósitos o fines; todo lo anterior como producto de una evolución como a continuación se describe.

Se dice que el diagnóstico tiene sus orígenes con tres autores: Francis Galton, McQueen Catell y Alfred Binet, centrándose su interés en el estudio de la individualidad para establecer diferencias individuales.

Binet establece tres grandes problemas de la psicología individual:

- 1°. Estudiar las diferencias individuales de los procesos psicológicos.
- 2°. Estudiar las diferencias psíquicas en individuos aislados o grupos de individuos.
- 3°. Estudiar las relaciones de diferentes procesos psíquicos con un mismo individuo.

Para este autor, los test mentales utilizados por Cattell estaban muy saturados de pruebas motrices y sensoriales, olvidándose de las funciones superiores; sin embargo a Binet se le conoce más por su escala métrica de la inteligencia.

Las pruebas de inteligencia creadas por Binet y Simón tenían como propósito el seleccionar niños, y es aquí donde surge el diagnóstico pedagógico como tal, aunque no se conociera con este nombre puesto que en ese entonces (1895), se considera como una aplicación de la psicología al ámbito escolar.

El diagnóstico surge como una disciplina aplicada y de utilidad social. La escala Binet despierta gran interés y se propaga a los Estados Unidos, siendo

Información obtenida del Diccionario Ciencias de la Educación, Madrid. 1989. Pág. 86.

Therman quien lo retoma y le da un nuevo enfoque al incluir el Coeficiente Intelectual (C.I.), como medida final en sustitución de la Edad Mental.

En el ámbito educativo, el surgimiento y evolución de los tests y procedimientos psicométricos tiene un gran auge con Claparede en Francia y Thorndike en los Estados Unidos despertándose un gran interés por la medición del rendimiento: ortografía, matemáticas, caligrafía, cálculo, etc. La aplicación de la medida al campo pedagógico daría lugar a los "test objetivos de rendimiento".

Alrededor de los años 30 y 40's, Weschler mantiene una concepción cercana a la de Binet: afirma que el rendimiento es un producto complejo del desarrollo biológico y la experiencia. En esta época creó su primera escala para determinar el nivel mental de pacientes de un hospital en Nueva York; posteriormente se crearon dos escalas más para niños, instrumento que ha sido utilizado en gran medida para realizar diagnósticos en el ámbito clínico y escolar. La utilización de las escalas de medición o test comienzan a decaer, ya que se les critica en gran medida por los nuevos enfoques que se le da al diagnóstico. Los avances en la investigación sobre el ambiente, los trabajos orientados desde una perspectiva interaccionista y de las teorías cognitivas, han influido considerablemente en promover un cambio de enfoque en el diagnóstico.⁴⁷

La psicología ha elaborado instrumentos de medición que también clasifican a los sujetos de acuerdo a una estandarización, es decir, una medición de capacidades intelectuales.

"En las últimas décadas, se ha cuestionado el uso de pruebas que ofrecen un C. I., como dato fundamental. Los debates han girado en torno al abuso de este tipo de medidas, cuestionando su

⁴⁷ Cfr. Marín, Ma Angeles y Buisan, Carmen. Tendencias Actuales en Diagnóstico Pedagógico. Págs. 13-15.

utilidad como predictorias del rendimiento posterior; la inestabilidad de las clasificaciones ofrecidas, así como la confiabilidad y validez de las mismas, y el problema asociado a la adjudicación de etiquetas con base a estas herramientas".⁴⁸

Específicamente, con relación al Diagnóstico Pedagógico se puede mencionar a Brucckner y Bond quienes señalan tres niveles:⁴⁹

- 1.- **DIAGNOSTICO GENERAL:** Dirigido a determinar las características y rendimiento escolar de un grupo de alumnos, normalmente deriva de la realización de una clase, obteniendo información global sin analizar detalladamente la situación de cada individuo ni la situación de una materia concreta.
- 2.- **DIAGNOSTICO ANALITICO:** Se centra en la identificación de anomalías en el aprendizaje de una materia o un programa específico, puede realizarse sobre un grupo o un sujeto.
- 3.- **DIAGNOSTICO INDIVIDUAL:** Consiste en un análisis detallado de la conducta de un estudiante con dificultades de aprendizaje.

El diagnóstico individual ha de determinar la naturaleza general del problema, analizar las diferencias específicas, detectar las posibles limitaciones así como sus causas e indicar el programa correctivo más apropiado para cada sujeto.

⁴⁸ Macotela, Silvia y Romany, Martha. Inventario de Habilidades Básicas, pág. 10.

⁴⁹ Cfr. Marín y Buisan, *Op. Cit.*, Pág. 12.

Brucker y Bond indican que, las funciones del Diagnóstico Pedagógico a nivel individual pueden ser:

- a) Situar al alumno al comienzo de la instrucción en el grupo adecuado, o sea, funciones de clasificación y selección.
- b) Descubrir deficiencias o dificultades de aprendizaje, con la finalidad de adoptar medidas tendientes a la modificación de la conducta y determinar las circunstancias y causas de la aparición de las dificultades.
- c) Evaluar el grado de la adecuación del alumno o del grupo a los niveles establecidos en el sistema educativo.

Otro modelo de Diagnóstico Pedagógico es el que plantea S. Rodríguez quien lo enmarca como un proceso de orientación, entendiéndose esto como la aplicación tecnológica en el ámbito educativo de una serie de principios de las ciencias humanas y sociales, que permiten el diseño, ejecución y evaluación de programas de intervención dirigidas a la producción de los cambios necesarios en el alumno dentro de su medio para que logre su autonomía personal y social; se aplican tres principios: **prevención** y **desarrollo** del alumno e **interacción** social, mismas que son válidas para el diagnóstico. De esta manera, se concibe que el Diagnóstico Pedagógico tiene como finalidad la posterior intervención a nivel preventivo, correctivo o de estructuración.

1. El preventivo esta enfocado a pronosticar situaciones o conductas a partir de la realidad actual; este diagnóstico puede usarse para modificar uno o varios elementos que intervienen en el momento actual, dejarlas como están o bien reestructurar alguna de dichas variables con el fin de optimizar al máximo las circunstancias o conductas futuras.

2. El correctivo esta dirigido a conocer factores situacionales o conductuales que intervienen en el desarrollo del sujeto para determinar cuáles de dichos factores deber ser modificados para potenciar al máximo el crecimiento personal del sujeto; esto implica la detección de factores que inciden negativamente en la evolución personal del propio sujeto, del ambiente o de la interacción de ambos.
3. En el de reestructuración puede converger aspectos tanto del diagnóstico preventivo como del correctivo. Su finalidad es la de reorganizar una situación actual o futura, ya sea con fines correctivos o reestructurantes, con la finalidad de una mejor evolución del sujeto para evitar problemas que puedan presentarse para contrarrestar los efectos futuros de alguna circunstancia o conducta actual.⁵⁰

“Bajo este orden de ideas el Diagnóstico Pedagógico tiene como objetivo describir y/o explicar la conducta del sujeto dentro de un contexto educativo, identificando las variables que intervienen en la aparición de dichas conductas. El diagnóstico descriptivo está más interesado en las conductas finales del sujeto. Se realiza a partir de la medición de competencias, habilidades o características de personalidad o ambiente, para determinar su relación o incidencia en otras variables, tales como el rendimiento. El diagnóstico con objetivos explicativos está más interesado en como se producen dichas conductas y en observar las variables que influyen en su aparición; se ocupa tanto de los procesos como de los productos, de acuerdo a lo que se determine, en éste se utiliza una metodología de tipo experimental. Ambos objetivos,

⁵⁰ Cfr. Marin y Buisan, *Op. Cit.* Pág. 71.

tanto descripción como de explicación, pueden tener fines predictivos, correctivos o de reestructuración”.⁵¹

En Educación Especial, se ha utilizado y con resultados muy satisfactorios, el “diagnóstico conductual”; este diagnóstico es una medida de la ejecución de una persona en un momento dado, medida en la cual pueden compararse los cambios producidos por los procedimientos rehabilitatorios o terapéuticos.

El “diagnóstico conductual” es la valoración inicial, previa a toda intervención, que nos proporciona la información indispensable para una programación adecuada del tratamiento a seguir; incluye un gran cúmulo de información compleja que proviene de diversas fuentes y que tiene que ser articulada de una manera congruente, es decir, el “diagnóstico conductual” debe permitir una conceptualización del problema.

Una evaluación inicial tiene como objetivo reunir toda la información pertinente acerca del individuo, principalmente por medio de entrevistas y observaciones directas con el fin de determinar las conductas del sujeto, las que no posee o tiene en exceso, así como las condiciones ambientales involucradas en el caso; todo lo anterior con el fin de derivar un procedimiento de intervención preciso.

⁵¹ Marín, Ma. A. y Buisan, C. Op. Cit. Pág. 72.

A partir de los años 80's se ha desarrollado el "diagnóstico conductual", enfocándose hacia el estudio del comportamiento humano y a la aplicación en sujetos, los principios y relaciones funcionales que rigen la conducta de una gran variedad de organismos. Así se dice que las características de un "diagnóstico conductual" son:

- 1.- Se elabora con base en la observación directa de la conducta que se considere importante.
- 2.- No pretende etiquetar al sujeto, sino resaltar un conjunto de cuantificaciones de la conducta y de descripciones de las condiciones en la que se observa ésta.
- 3.- Permite descubrir el grado de desventaja en que se encuentra el sujeto para vivir en el medio físico, cultural y social en el que se desenvuelve.
- 4.- Es una medida de la ejecución de la persona en un momento dado, esta medida es el parámetro para observar y comprobar los cambios producidos por el tratamiento rehabilitatorio o terapéutico, esto es, que señala la línea que deberá seguir la rehabilitación, orientada a lo que el sujeto necesita aprender para integrarse y ser funcional en el medio en que vive.

Por lo anteriormente señalado, para el área pedagógica, es necesario plantear un diagnóstico con características conductuales que proporcionen elementos para llevar a cabo programas de rehabilitación.

Así el diagnóstico pedagógico para fines del presente trabajo se entenderá como el proceso en el que, a través de la aplicación de técnicas e instrumentos, es posible conocer las potencialidades del aprendizaje, de conductas autónomas

y socialmente aceptables con las que cuenta el interno-paciente, así como las características de las mismas.

Necesariamente esto nos lleva a la utilización de técnicas e instrumentos que puedan valorar dichas potencialidades, haciendo hincapié en que no se trata de una clasificación o medición de conductas, sino de observar y valorar aquellas que indiquen posibilidades de realizar otras conductas de mayor complejidad.

Por lo tanto, en el diagnóstico conductual se realizan una serie de observaciones que el evaluador hace acerca del sujeto como resultado de una interacción con él mismo; para ello se requerirá que el evaluador planee y controle dichas interacciones, con la finalidad de determinar las características individuales en cuestión.

En la actualidad, el Diagnóstico Pedagógico se dirige a aquellos aspectos que se consideran más significativos en el sujeto y que inciden en forma directa sobre el aprendizaje, dificultándolo o bloqueándolo, llegando a causar incluso problemas de conducta.

Por medio del Diagnóstico Pedagógico es posible explorar la actividad escolar del educando, buscando comprobar, describir y evaluar los objetivos de los alumnos, así como clarificar todos aquellos signos observados, para establecer los remedios que puedan ser aplicados, buscando la eliminación de factores que obstaculicen la adquisición de nuevos aprendizajes.

Existe una infinidad de factores complejos que pueden estar interfiriendo en el aprendizaje (factores de tipo neurológico, sensorial o aptitudinal, afectivo, ambiental, cultural, etc.), por lo que es necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario para emitir un diagnóstico completo.

Cuando se habla de Diagnóstico Pedagógico, generalmente se piensa en aspectos referentes a problemas escolares, de ahí que éste se defina tradicionalmente como “proceso que mediante la aplicación de técnicas específicas, permite llegar a un conocimiento más preciso del educando y orientar mejor las actividades de enseñanza-aprendizaje.”⁵²

Por todo lo anteriormente señalado, se piensa que dichas características son aplicables al caso de “diagnóstico pedagógico” que nos atañe, o sea, un “diagnóstico pedagógico” descriptivo, con orientación conductual, enfocado a sujetos adultos, en reclusión y con padecimiento mental, pues no debemos perder de vista que el Diagnóstico Pedagógico dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, está dirigido a este tipo sujetos: interno-pacientes.

Como se puede observar, la noción de “diagnóstico pedagógico” que se ha presentado hasta ahora, sólo contempla puntos que se encaminan hacia las actividades de enseñanza-aprendizaje dentro de un ambiente escolarizado. Sin embargo, para efectos de este trabajo, se retomarán algunos aspectos de dicha noción para aplicarlos en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, ya que en ningún documento existe, hasta ahora, una definición de diagnóstico pedagógico para los adultos, internos en reclusión, con enfermedad mental.

El área de diagnóstico pedagógico, como ya se ha mencionado anteriormente, tiene como objetivo investigar las posibilidades de aprendizaje del interno-paciente para proponer un tratamiento educativo o rehabilitatorio, en otras palabras, se pretende valorar las características de sus capacidades para el aprendizaje que no han sido dañadas por la enfermedad mental que padece el interno-paciente, o bien que no han recibido la estimulación necesaria para que

⁵² Bruckner, L. J. y Bond, G. Op. Cit., Pág. 98.

logre adquirir habilidades y destrezas que le permitan ser funcional en un medio ambiente determinado, ya sea en el centro de reclusión de procedencia o bien en el lugar donde reside su familia.

Como ya se indicó, el diagnóstico pedagógico en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, tiene como finalidad conocer las capacidades para el aprendizaje del paciente, y de esta manera saber hasta dónde es posible esperar avances significativos que favorezcan su funcionalidad psicosocial.** Este tipo de diagnóstico buscará las características individuales del interno-paciente, sobre todo aquellas que serán susceptibles de modificar por medio de aprendizajes para lograr el fin que pretende la Institución.

A la vez, este tipo de diagnóstico podrá ser considerado como *Diagnóstico Pedagógico Clínico*, para diferenciarlo del diagnóstico pedagógico escolar, puesto que se pretende trabajar con instrumentos de evaluación y observación, lo que implica una práctica pedagógica en sujetos que sabemos de antemano, presentan problemas de salud mental, realizándose en la Clínica como las otras disciplinas, una investigación práctica de aspectos pedagógicos.

Cabe señalar que dicho *Diagnóstico Pedagógico Clínico* no pretende sustituir los aspectos que valoran las áreas médicas y sociales, por el contrario, lo que se pretende es contribuir al trabajo multidisciplinario, obteniendo los datos necesarios para facilitar el diseño de un programa de rehabilitación para los interno-pacientes que se atienden en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

** Entiéndase por "funcionalidad psicosocial", al conjunto de actividades que realiza un sujeto de acuerdo a sus potencialidades y que le permiten adaptarse a los requerimientos de su entorno.

La delimitación de lo que busca un “diagnóstico pedagógico” requiere de la narración de algunas consideraciones que hacen diferentes autores al respecto.

María A. Marín y Carmen Buisan, en la obra citada, presentan una propuesta de elementos necesarios para la elaboración de un Diagnóstico Pedagógico, pero concluyen que cuando se enfrenta la tarea de elaborarlo, la función principal será la de examinar los diferentes modelos ya establecidos y elegir aquel o aquellos que permitan alcanzar el objetivo que pretendemos, lo cual marcará el camino o metodología a seguir y las técnicas a escoger así como el procedimiento.⁵³

Gil Blanes F. y Luis Vives, señalan que “el diagnóstico psicopedagógico es una opinión que pretendemos convertir en científica, basada en las observaciones, en las manifestaciones del propio sujeto y en una exploración sistemática, con unas pruebas, de las características individuales del sujeto”.⁵⁴

Martínez, Sabater y Colaboradores refieren al respecto:

“Intentamos sistematizar, a través del diagnóstico, lo más científicamente posible, los conocimientos acerca de las características psicopedagógicas de cada alumno, considerando este conocimiento como dato previo e indispensable para el planteamiento pedagógico y didáctico posterior... No se dará un proceso enseñanza-aprendizaje individualizado, sin un conocimiento de las peculiares características de cada niño. Estos mismos autores Martínez y Sabater señalan que nosotros como pedagogos, podemos elaborar pruebas con marcado carácter

⁵³ Cfr. Op. Cit, Pág. 78.

⁵⁴ Blanes Gil, F. Vives Luis, Psicodiagnóstico. Pág. 37.

objetivo”,⁵⁵ además se inclinan por lo que G. H. Marsh opina: “Los Métodos informales de evaluación, tales como los ideados por los maestros, pueden aislar conductas y estilos de aprendizaje, que no pueden ser detectados por la mayoría de las pruebas de rendimiento estandarizados”.⁵⁶

Por otro lado Azcoaga, Derman e Iglesias afirman que: “El diagnóstico en las alteraciones del aprendizaje aspira a complementar los objetivos de la recuperación”⁵⁷, y plantean un proceso para alcanzar dicho diagnóstico, resaltando la importancia del equipo multidisciplinario y señalando la tarea específica del psicopedagogo: “su tarea es el Diagnóstico específico de las dificultades pedagógicas, para lo cual pueden valerse de técnicas de evaluación pedagógica”⁵⁸, estos autores proponen una instrumentación de procedimientos para obtener dicho diagnóstico, plantean el método comparativo para emitirlo y también refieren que por la diversidad de planes educativos de diferentes lugares es aconsejable que cada sitio elabore los procedimientos que se ajusten más a las condiciones propias.

En ese sentido, Marín y Buisan en su obra antes citada, afirman que no siempre se puede seguir inflexiblemente un modelo teórico ya que es válido revisar las aportaciones que hacen otras líneas teóricas y las técnicas que se emplean para el objetivo que se pretende alcanzar, o bien el tipo de diagnóstico que se quiere elaborar. Ya que la primera dificultad con que se enfrenta el pedagogo para realizar un diagnóstico, es llegar a concretar qué debemos hacer y cuál es el proceso concreto que debemos seguir para darle una respuesta

⁵⁵ Martínez Martínez, José Ma. Sabater Fernández Ma. Luisa y Colaboradores “Problemas Escolares, Dislexia, Discalculia y Dislalia”. Páginas 128 y 129.

⁵⁶ Marsh, G. H. Citado en Martínez Martínez. *Op. Cit.* Pág. 130.

⁵⁷ Azcoaga, Derman, Iglesias. Alteraciones del Aprendizaje Escolar. Página 86.

⁵⁸ Ibidem. Páginas. 38 y 39.

valida y adecuada a las expectativas de este diagnóstico, sin dejar fuera la importancia que tiene el medio ambiente y sus implicaciones.

Hasta aquí se han revisado consideraciones diversas sobre el “diagnóstico pedagógico” y su elaboración, no obstante es importante señalar como se considera al “diagnóstico pedagógico” y la diferencia que existe entre el diagnóstico psicopedagógico:

En el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial se busca el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, esto es, que cada ciencia médica y técnica tienen bien definidos los aspectos a evaluar mediante sus particulares metodologías; aunque es claro que no se puede dividir al sujeto en diferentes esferas, pues se busca precisamente la integración de un sujeto bio-psico-social, es por ello que en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial no se habla de un Diagnóstico Pedagógico, ya que no busca la explicación o análisis de la personalidad del sujeto en relación a sus procesos de aprendizaje; aunque tampoco se niega la importancia de este aspecto, en los internos-pacientes que se encuentran en este Centro; el psicólogo se encarga de encontrar aquellos aspectos emocionales que le permitirán adaptarse a un proceso rehabilitatorio, buscando siempre un sentido de realidad para asumir la enfermedad y la condición de internamiento.

Por otro lado un Diagnóstico Psicopedagógico, valora todo lo relacionado con el desarrollo psicológico de un alumno en diferentes aspectos de su personalidad, influenciados por el desarrollo cognitivo, social, psicomotor, etc., y así obtener un perfil cualitativo. Al mismo tiempo se valora el nivel de aprendizaje funcional que presenta, o sea, aquello que el alumno conoce y aprovecha en las diferentes áreas del conocimiento

Mientras el diagnóstico psicológico se enfoca principalmente a la identificación de aspectos de personalidad que sean o resulten problemáticas para una adecuada estabilidad emocional y convivencia social, el Diagnóstico Pedagógico tiene como objetivo discriminar y/o explicar la conducta del sujeto dentro de un contexto educativo o reeducativo, identificando las variables que intervienen a la aparición de dicha conducta.

De esta manera, y para enfatizar, podemos diferenciar el diagnóstico pedagógico del psicopedagógico, ya que el primero evalúa sus características, habilidades y capacidades para el aprendizaje encaminadas a una rehabilitación de función cognitivas; mientras que el segundo evalúa situaciones de personalidad que favorecen o limitan el aprendizaje, lo cual no quiere decir que esto dos aspectos no se valoren, pero esto se realiza por separado

Sin embargo, es muy importante resaltar también la relevancia de tener un conocimiento adecuado del aprendizaje fisiológico, puesto que la base de la pedagogía o de cualquier ciencia que aborde el comportamiento humano tendrá siempre que sustentarse en la actividad funcional del sistema nervioso central. Es por ello que se toman muy en cuenta a los dispositivos básicos para el aprendizaje, o conocidos también como habilidades básicas tales como: atención en sus diferentes niveles (inmediata y mediata), comprensión, memoria, pensamiento, (el cual se evalúa por medio del lenguaje verbal); en este mismo sentido es importante conocer la actividad normal de la capacidad funcional sensitiva, es decir los canales sensoperceptivos.

Además es importante conocer aspectos neurofisiológicos básicos del aprendizaje, puesto que éste marcará una diferencia importante del diagnóstico que se hace con niños y el que se elabora con adultos; ya que en estos las funciones mentales superiores ya han alcanzado un determinado grado de

maduración, o bien, en los casos específicos de los interno-pacientes del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, pueden estar afectadas dichas funciones por el padecimiento mental por el que cursan.

“Si es cierto que el conocimiento de las funciones cerebrales superiores del adulto ilustran sobre los procesos de aprendizaje de estas funciones en el niño, no es menos cierto que en el adulto, en el que la actividad nerviosa superior funciona ya estabilizada, la rehabilitación de las funciones pérdidas es un reaprendizaje; esto obedece en gran medida en que la actividad nerviosa superior, sustento de los procesos de aprendizajes fisiológicos están en desarrollo en la infancia”.⁵⁹

Dentro de este orden de ideas, el presente trabajo propone diseñar un procedimiento para la elaboración de un diagnóstico pedagógico en el Centro Federal Rehabilitación Psicosocial; para ello procederemos un tanto eclécticamente pues se retomarán aquellas técnicas o procedimientos que se consideren apropiadas para la elaboración de un Diagnóstico Pedagógico a los interno-pacientes que son atendidos en este Centro.

⁵⁹ Ibidem. Pág. 39.

3.2. DELIMITACION DEL DIAGNOSTICO PEDAGOGICO EN EL CENTRO FEDERAL REHABILITACION PSICOSOCIAL.

El "Diagnóstico Pedagógico" que aquí se propone es de tipo funcional ya que consiste en determinar las características conductuales del individuo en cuanto a sus conocimientos prácticos o habilidades para el aprendizaje que aun conserva, independientemente de la etiología de su padecimiento, orientado hacia el conocimiento de la realidad singular y personal del sujeto.

Las características principales de los interno-pacientes que se atienden en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial son: personas que se encuentran albergadas en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial son denominados interno-pacientes; ya que cumplen con las condiciones institucionales; por un todo la de estar en privación de su libertad por haber cometido un ilícito por lo tanto se le considera interno en reclusión; y por el otro cursan por una enfermedad de tipo mental que requieren un tratamiento específico, por lo tanto se consideran pacientes en términos médicos. Además la población atendida es únicamente de sexo masculino, adultos, o sea mayores de 18 años. Adultos en reclusión y que además cursan con enfermedad mental; estas características se toman en cuenta para marcar los pasos del "diagnóstico pedagógico". Ahora bien, el objetivo del diagnóstico pedagógico-en particular en este Centro-, no busca una clasificación con fines estadísticos sino identificar aquellas habilidades para el aprendizaje que el sujeto aún conserve, tampoco se pretende caer en categorías, sino llegar a conocer aquellas características particulares que sean susceptibles de utilizarse para realizar actividades de cualquier tipo, encaminadas a favorecer su funcionalidad. Por lo tanto, se trata de un "diagnóstico pedagógico" de tipo descriptivo y transversal puesto que se estará evaluando al interno-paciente en el presente, valorando las características de sus habilidades para un

establecimiento de un tratamiento, con un punto de partida y un objetivo claro, asimismo éste servirá como parámetro de comparación y meta del tratamiento. Así, el diagnóstico señalará las líneas a seguir en la rehabilitación. Se hará un análisis para buscar y determinar el tratamiento.

Lo anterior con la finalidad de diseñar un tratamiento integral que esté orientado a la rehabilitación del interno-paciente. Se habla de “rehabilitación” en el sentido de rescatar, en lo posible las habilidades bio-psico-sociales que el interno-paciente haya perdido a consecuencia de su padecimiento mental. La Organización Mundial de la Salud, define a la rehabilitación como “un término que se aplica a los impedidos físicos o mentales y que consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales que tienen por objetivo adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo a sus posibilidades reales a los niveles más altos de capacidad funcional”.⁶⁰

La Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA-1995; la define a la rehabilitación como el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de conocimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida cotidiana: tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida diaria, cuando las ha perdido; la obtención y conservación de un ambiente satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida sociocultural.

⁶⁰ Comisión Nacional de Derechos Humanos. Compilación de Documentos Nacionales e Internacionales en Materia Penitenciaria. Pág. 121.

En cuanto a la rehabilitación psiquiátrica esta encuentra en su momento de aplicación cuando aparecen manifestaciones o algunas secuelas, por lo tanto se requerirá de que exista cierta disminución de las manifestaciones psicopatológicas más disruptivas. La rehabilitación psiquiátrica se constituye por un conjunto de actividades múltiples y variadas, en los ejes biológicos, psicológico y social, debe contar con objetivos claros y progresivos que en primera instancia intenten disminuir al máximo la incapacidad y el impedimento de los pacientes, o sea se debe enfocar a minimizar la parte enferma del paciente; en segunda instancia se deberá aumentar al máximo la capacidad, habilidades y funcionalidad del paciente, esto es maximizar la parte sana. Todo ello en distintos niveles de aprendizaje, ya que no todos los pacientes tendrían las mismas capacidades y posibilidades de inserción laboral, social, familiar y de esparcimiento.

Como la finalidad del presente trabajo es el establecer un protocolo a seguir para la elaboración del “diagnóstico pedagógico” de acuerdo con las referencias plasmadas anteriormente, hay que determinar: **1.** las condiciones particulares y **2.** los objetivos para su elaboración.

Reiteraremos las características de los interno-pacientes para quienes se elabora el “diagnóstico pedagógico clínico” como parte de un proceso multi e inter disciplinario. Nos referimos a adultos que han cometido algún delito, por lo que se encuentran en reclusión, y además han cursado o cursan algún padecimiento mental, esto es, son pacientes psiquiátricos.

Tomando en cuenta estas características muy particulares se plantea lo siguiente:

Es importante destacar que el protocolo a seguir para la elaboración de un diagnóstico pedagógico pretende no sólo hacer un análisis de aprendizajes

académicos puesto que esto es sólo una parte del Diagnóstico Pedagógico y no propiamente el diagnóstico, ya que la evaluación de repertorios académicos, sobre todos las básicas; vienen siendo el instrumento a utilizar por el pedagogo para conocer las funciones cognitivas que están conservadas para poder trabajar en la rehabilitación el interno; también nos permitirá contemplar aquellas capacidades deficitarias en donde se deberá enfocar un tratamiento específico; además nos permitirá obtener una descripción de las conductas actuales del interno-paciente para poder tener un parámetro referencial que nos permita contemplar los resultados logrados.

Una vez que el interno-paciente ha ingresado a la institución, será evaluado por todas las áreas médico-técnicas, esto es, intervendrán Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Criminología y por supuesto Pedagogía; cada una empleará sus propias técnicas y procedimientos para la elaboración de su diagnóstico y por lo tanto una propuesta de tratamiento multi e inter disciplinario enfocado a la rehabilitación psicosocial.

3.3. PROTOCOLO A SEGUIR PARA LA EMISION DEL DIAGNOSTICO PEDAGOGICO.

La Oficina de Pedagogía trabaja de acuerdo con el siguiente procedimiento propuesto:

- a) Observación directa, la cual deberá ser permanente durante todo el proceso de diagnóstico.
- b) Se realizará una entrevista directiva y semiestructurada.
- c) Con base a los resultados y observaciones de la entrevista se procede a la aplicación del repertorio académico básico.
- d) O bien los exámenes de conocimientos acordes al nivel que el interno-paciente haya referido haber concluido.
- e) Una vez aplicado estos instrumentos, se procede al análisis y evaluación de los resultados.
- f) Posteriormente se confrontan los resultados con las diferentes áreas que conforman el equipo interdisciplinario.
- g) Con toda la información obtenida y el análisis de la misma se procederá a la integración del reporte donde estará implícito el diagnóstico pedagógico.

3.3.1. OBSERVACION

El primer paso que se deberá abordar, y no dejar de lado, durante todo el procedimiento de diagnóstico es la observación, ya que ésta nos brindará la mayor parte de la información requerida para conformar el diagnóstico pedagógico clínico; esta observación deberá de ser sistemática, entendiéndose esta como el procedimiento para descubrir o precisar elementos de las conductas características en un determinado sujeto; tratando de constatar datos relativos a

una serie de elementos relevantes, ya que constituye la base para una actuación objetiva. (Ver anexo I).

La observación “es un método científico que pretende articular una percepción de la realidad manifestada de forma espontánea, captada mediante un registro objetivo de la conducta y/o eventos para analizarse y obtener resultados descriptivos y explicativos dentro de un marco específico de conocimiento.”⁶¹

De ahí que el pedagogo deberá poner mucha atención a todas aquellas conductas tanto verbales y no verbales que presente el interno-paciente durante la entrevista, así como durante la ejecución de las tareas solicitadas puesto que la actitud y el desempeño que muestre son indicadores para analizar. No hay que olvidar que estamos hablando de sujetos con algún padecimiento mental y que si bien no diagnosticaremos el tipo de patología, si debemos identificar las características conductuales que indiquen el favorecimiento o limitación para que pueda adquirir nuevos aprendizajes de tipo académico, ocupacional, laboral o cualquier otro. A partir de la observación inicial podremos, o no, continuar con los siguientes pasos para la elaboración del diagnóstico pedagógico clínico.

⁶¹ Anguera Argullaga Mat. En Enciclopedia Temática de Educación Especial, Tomo I. Pág. 467. Editorial C.E.PE. Madrid 1987.

Hay que observar en primera instancia si el interno es capaz de establecer contacto visual con el pedagogo, esto puede lograrse en el momento de presentarse, el pedagogo con el interno-paciente, se puede aprovechar también el momento para explicarle al interno la finalidad de la entrevista y las tareas que deberá ejecutar; si el interno-paciente no es capaz de dirigir en algún momento su mirada, y se queda mirando a un solo punto; o bien no puede mantener su mirada saltando esta de un lugar a otro. Hay que corroborar si está comprendiendo lo que se le explica, esto se comprueba con la constante pregunta directa al interno-paciente. Si no hay respuesta se le repetirá la información y en caso de persistir la conducta, se puede proceder a preguntarle su nombre o algún dato personal para lograr captar su atención, se sugiere hablar en voz alta, lenta y con palabras cortas en frases sencillas.

Si se logra que el interno-paciente responda a las preguntas iniciales se podrá continuar con la entrevista, poniendo mucha atención en el lenguaje que utilice, esto es, si las respuestas que emite son coherentes (con adecuada estructura semántica en las frases u oraciones que utilice), congruentes (las frases u oraciones están semánticamente correctas y el contenido es acorde con la realidad).

Si estos factores no se presentan en su lenguaje, es decir que lo que verbaliza el interno-paciente es incoherente e incongruente, difícilmente se podrá continuar con la entrevista. En caso de que no se logre establecer con un dialogo, por cualquiera de las razones antes descritas, se puede recurrir a la solución de tareas con lápiz-papel, siempre y cuando corroboremos que es capaz de comprender lo que se le esta pidiendo verbalmente.

Si no se tiene respuesta con esta última estrategia, entonces no será posible elaborar un diagnóstico pedagógico; únicamente se procederá a reportar las conductas y actitudes que presentó durante la sesión, lo que explicará la necesidad de que primero se le controle farmacológicamente para posteriormente poder trabajar en la elaboración de un diagnóstico pedagógico clínico.

Continuando con la observación en cuanto a su lenguaje, hay que poder atención en el vocabulario que utiliza, así como los conceptos emitidos al momento de expresarse, también hay que tomar en cuenta el tono de voz y la velocidad con la que habla, no hay que dejar pasar por alto las expresiones faciales que presentan al tiempo que habla; observando sí corresponde su actitud emocional con lo que dice, o bien si hay alguna manifestación de enojo, incomodidad, etc. Todas las actitudes que presente durante la entrevista serán indicativos para analizar las respuestas emitidas, ya que de ahí se inferirá qué tan confiable puede ser la información obtenida.

Durante la ejecución de las tareas solicitadas es importante poner atención en la actitud que presenta para realizarlas, ya que es posible que se niegue a realizarlas o bien ponga una serie de pretextos, o manifieste verbalmente que tiene mucho tiempo que no hace ejercicios de lápiz-papel; estas características hay retomarlas para saber el grado de disposición que tiene.

Reafirmando, la observación deberá permanecer durante la entrevista y la ejecución de las tareas, pero hay que tener mucho cuidado en resaltar aquellos aspectos que favorezcan o limiten la funcionalidad del interno-paciente, siendo descriptivos y analíticos pero sin caer en tecnicismos o etiquetas que no apoyen el "diagnóstico pedagógico clínico".

3.3.2. ENTREVISTA

I. Inicialmente se realiza una entrevista directiva semiestructurada,⁽⁴⁾ se inicia con una entrevista porque es la mejor manera de conocer e interactuar con el sujeto en estudio, así como observar sus conductas y/o actitudes ante ésta.

Es directiva porque el pedagogo será quien guiará la entrevista tratando de dirigirla hacia temas singulares, con preguntas claras directas y específicas (ver anexo II), no permitiendo que el discurso del interno-paciente se disgregue en otros puntos que sean poco relevantes o que otras áreas investiguen por ser importantes para ellas. No olvidar que el interno-paciente podría manipular la información que no nos compete investigar, ya que son interno-pacientes con características muy peculiares: en este caso, los pedagogos deberán contar con una habilidad (que sólo se obtiene por medio de la práctica cotidiana) para dirigir la entrevista; sin embargo tampoco se puede caer en una relación fría, pues se deberá establecer el clásico “*Rappor*” para que el interno-paciente sienta la confianza para proporcionar la información necesaria, ya que inicialmente se le explicará la razón de la entrevista, haciéndole ver la conveniencia de la misma para su posterior participación en diferentes actividades.

Se considera como semi-estructurada porque se iniciará explicando el motivo de la entrevista y su finalidad; o sea, se le explica al interno-paciente que las preguntas realizadas están enfocadas a indagar sobre su escolaridad y experiencia laboral durante toda su vida tanto en libertad como en reclusión, para así poderle brindar una mejor atención y que el pueda participar en actividades que vayan de acuerdo a sus características.

⁽⁴⁾ La entrevista directiva es aquella en que la dirección, estructura y papel activo en la relación entrevistado-entrevistador corresponde a este último, el entrevistado se limita a responder las preguntas formuladas por el entrevistador. Las preguntas que se plantean estarán previamente estructuradas, esto es, llevarán una secuencia lógica, sin embargo, es flexible, ya que no necesariamente se tiene que llevar dicha secuencia, por ello es semiestructurada.

II. Posteriormente, se procede con las preguntas que se dirigen específicamente hacia el inicio de su vida escolar, tiempo de permanencia, problemas u obstáculos a los que se enfrentó durante esa etapa, reprobaciones, deserción, etc.

III. Así también se abordará la edad de inicio en el ámbito laboral, el tipo de actividad, el tiempo de permanencia en cada uno de los empleos y motivos de abandono.

IV. Por último, se preguntará sobre las actividades académicas y laborales, realizadas en el tiempo que ha permanecido en reclusión.

Una vez concluido el interrogatorio, ya se puede decir que tenemos un conocimiento general del interno-paciente en relación a su historia laboral y académica.

Cabe señalar que durante este proceso, el pedagogo (entrevistador) deberá poner mucha atención, no sólo a las respuestas que da el interno-paciente, sino que al mismo tiempo deberá observar el lenguaje que utiliza, su vocabulario, su actitud en cuanto a las preguntas, si hay comprensión del lenguaje verbal, si conserva memorias inmediatas y/o a largo plazo, si tiene algún movimiento estereotipado (secuenciales e involuntarios); se le preguntará si tiene problemas para ver, oír o moverse que le impidan realizar alguna actividad.

3.3.3. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS.

De acuerdo con las revisiones bibliográficas realizadas para este trabajo, todo diagnóstico pedagógico deberá reportar aspectos académicos; en este caso, se partirá de las referencias que haga el interno-paciente en relación con el último grado escolar concluido.

Esto es, si el interno-paciente refiere saber leer y escribir, haber alcanzado cierto grado de escolaridad, debemos indagar con qué repertorios académicos cuenta y cuáles son las características de éstos, a fin de que el pedagogo pueda valorar las funciones cognitivas que utiliza al realizar tareas de tipo académico.

No debemos olvidar que los instrumentos que se utilicen serán un sustento o apoyo para la emisión del diagnóstico, en este caso el conocer con claridad la forma en que el interno-paciente ejecuta tareas de lápiz-papel nos permitirá reconocer aquellos repertorios básicos que utiliza.

Para ello nos auxiliaremos de pruebas o exámenes académicos con los contenidos que corresponden a cada grado escolar, lo que permite que al aplicar diversos instrumentos académicos y evaluarlos posteriormente, nos brinde la posibilidad de conocer los déficits académicos que el interno-paciente tenga, ya sea por deficiencias en el proceso de aprendizaje, ya por la falta de uso de aquellos conocimientos, o ya bien por las posibles alteraciones que presente el interno-paciente debido a su padecimiento psiquiátrico, aunque lo más importante será observar y evaluar las funciones mentales que utiliza el interno-paciente durante la valoración, esto es, desde su atención en la realización de las tareas asignadas, la concentración, comprensión de instrucciones verbales y escritas, sus memorias, su nivel de pensamiento, el tipo de lenguaje, etc.

3.3.4 REPERTORIO DE CONOCIMIENTOS ACADÉMICOS BÁSICOS.

La evaluación de repertorios académicos básicos, tiene como objetivo determinar las características de las áreas de lectura, escritura y cálculo; ya que estas habilidades representan los conocimientos básicos con que debiera contar un sujeto para desarrollarse en su medio socio-cultural; además son elementos que nos indican características de procesos racionales y cognitivos; para que se den estos repertorios académicos básicos, es indispensable la intervención de un conjunto de actividades neurofisiológicas en los sectores superiores del sistema nervioso central, por lo tanto al evidenciar alteraciones en el aprendizaje, estas responden a distorsiones de procesos neurofisiológicos.⁶²

Se inicia evaluando los aspectos de lectura, escritura y cálculo básico.

I. Si el interno-paciente refiere carecer de escolaridad, se procederá a valorar qué tipo de conocimientos básicos ha adquirido a través de su experiencia de vida, conocimientos prácticos que ha tenido que aprender para poder interactuar en su medio y poderse adaptar a él.

Se le preguntará si reconoce grafías aisladas o en un texto. Se observará si es capaz de leer una palabra monosílaba o bisílaba.

Una vez hecho lo anterior, se le pedirá realice la copia de una palabra; si lo logra hacer correctamente se le presentará una frase, en este caso se observará cuidadosamente la manera en que lo hace, si es capaz de copiar trazo por trazo, letra por letra o palabra por palabra; o bien no es capaz de trasladar el estímulo visual a un movimiento motor fino.

⁶² Azcoaga, Derman, Iglesias. Alteraciones del Aprendizaje Escolar-Diagnóstico Fisiopatología, Tratamiento-. Págs. 29 a 31.

Se indagará si el interno-paciente logra reconocer números y asociarlos con cantidades, si puede leer cantidades de 2 ó más dígitos. Si es capaz de hacer esto, también se le pedirá que realice adiciones y sustracciones de 1 ó más dígitos. Una vez concluido esto, se le preguntan los colores de algunos objetos que se encuentren en el ambiente; para este ejercicio es muy útil tener preparadas una serie de tarjetas o figuras de diferentes colores, a los cuales el interno-paciente deberá decir el color de cada una de las tarjetas. De la misma manera se le pregunta si conoce el nombre de las figuras que se le presentan (cuadrado, círculo, triángulo, etc.)

II. En caso de que el interno-paciente refiera haber cursado primaria, ya sea completa o incompleta, de igual manera se inicia pidiéndole que lea un texto; éste será de acuerdo al grado escolar referido; en este caso se pondrá atención a la manera de efectuar la lectura: si hay alteraciones en cuanto a ritmo, entonación, omisiones, inversiones o de cualquier otro tipo y si hay comprensión del texto. Se continuará con la evaluación de la escritura dirigida por el siguiente procedimiento: si el interno refiere haber cursado hasta el tercer grado de primaria o menos, se le dictarán palabras de menor a mayor complejidad (máximo 10 palabras), posteriormente una frase y por último un párrafo no mayor a 5 renglones, tratando de que en éste se encuentren diversas palabras que estén dentro del contexto sociocultural del interno-paciente.

III. Para aquellos interno-pacientes que refieran una escolaridad mayor a tercer grado y se denote en su lectura sin dificultad, no será necesario el dictado de palabras, pero sí se dictará el párrafo. Además, se le pedirá realice la copia de otro párrafo, observando la manera en que la realiza.

Se explorará la escritura espontánea, pidiendo al interno-paciente que escriba en una hoja de papel, no más de tres renglones, sobre lo que le agrada hacer o cuál es el trabajo que más le ha gustado y por qué.

Cabe señalar que aunque el interno-paciente refiera tener mayor escolaridad, pero se observe gran dificultad en la lectura y en la escritura dirigida, para la escritura espontánea sólo se le pedirá uno o dos renglones de acuerdo a la dificultad que manifieste en la ejecución de los mismos.

Para evaluar el área de cálculo se le dicta al interno-paciente dos cantidades de dos cifras cada una; si lo hace correctamente se irá aumentando la complejidad. Posteriormente se le pide que, de esas cantidades dictadas, realice dos adiciones y dos sustracciones; si logra resolverlas correctamente, se continua con dos multiplicaciones de dos ó tres cifras; de la misma manera se procede con las divisiones. Cabe aclarar que si alguna operación la resuelve incorrectamente, pero es capaz de realizar su mecanización, se puede concluir con todas las operaciones, o bien cuando se observe gran dificultad en la resolución de las operaciones de dos cifras, ya no se continuará con las de mayor complejidad.

En esta área es válido que el pedagogo oriente al interno-paciente para resolver las operaciones, pero no le dirá cómo hacerlas ni le dará los resultados.

Durante todo este procedimiento, el pedagogo deberá observar los detalles en cuanto a la ejecución de las tareas, ya que de esta manera se podrá determinar el grado de dificultad que presenta el interno-paciente para ejecutar cada una de las habilidades evaluadas. También con base a estas observaciones se determinará el tipo de examen de conocimientos que deberá resolver. Así que, aunque el interno-paciente asegure que concluyó la primaria y no es capaz

de leer correctamente, comprender el texto proporcionado, o tenga dificultad para la resolución de multiplicaciones y divisiones, entonces no le daremos a resolver un examen de conocimientos correspondiente a la segunda parte de primaria (de acuerdo al sistema actual del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos) sino a un grado menor; esto dependerá de las características de su repertorio de conocimientos básicos.

3.3.5. EXAMEN DE CONOCIMIENTOS.

Se aplican exámenes de conocimientos con los contenidos que se manejan en cada uno de los niveles establecidos por el Método Pedagógico para la Educación de los Adultos (MPEPA). Esto es, primera y segunda parte de primaria; en la primera parte se evalúan conocimientos de las áreas de español y matemáticas; en la segunda parte se contemplan: matemáticas, español, vida familiar, vida laboral, vida comunitaria y vida para el nacionalismo.

De igual manera aunque el interno-paciente refiera tener una escolaridad X, si en la evaluación de sus repertorios de conocimientos básicos no ha presentado habilidades suficientes para leer y comprender el contenido y sus respuestas son poco satisfactorias o certeras en el cálculo, se aplicará un examen que sea de menor nivel, de tal manera que se pueda evaluar hasta dónde logra resolver las preguntas de las áreas básicas, como son: español, matemáticas o cualquiera de las áreas denominadas vida familiar, laboral, comunitaria y para el nacionalismo.

3.3.6. ANALISIS DE RESULTADOS.

Una vez aplicada la entrevista y los exámenes, se procede al análisis:

1. Se analizan las características del repertorio de conocimientos académicos básicos:

1.1. ESCRITURA

- a) El tipo de escritura (de molde ó cursiva)
- b) La forma de los trazos, (precisos, imprecisos, incompletos, etc.)
- c) Cualquier alteración (omisiones, contaminaciones, agregados, rotaciones, inversiones, etc.)

1.2. LECTURA

- a) Características en cuanto a ritmo.
- b) Entonación correcta de acuerdo a signos de puntuación.
- c) Si se observaron alteraciones en cuanto a cambio de palabras.
- d) Comprensión del texto, si es nulo, parcial, total o desviado.

1.3. CALCULO

- a) Si logró resolver las operaciones aritméticas en forma aislada.

- b) Si en el examen no logró aplicar las operaciones aritméticas a problemas planteados.
 - c) Hasta qué tipo de operaciones logró resolver y la manera de resolverlas.
- 2.- Se califican los exámenes, se confrontan los resultados con la escolaridad referida, para valorar el grado de disparidad entre el nivel escolar, con los conocimientos académicos conservados.
- 3.- Se hará un análisis de cómo se desempeño durante la entrevista y la resolución de los exámenes, no hay que dejar de tomar en cuenta las características ambientales en las que el interno-paciente adquirió aprendizajes académicos.

3.3.7. CONFRONTACION DE DATOS CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos, se hará una revisión interdisciplinaria buscando más datos o aspectos que expliquen los resultados que se hallan obtenido.

Con el *área médica*, lo que interesa saber es si hay alguna alteración en el funcionamiento de órganos que estén directamente relacionados para limitar aprendizajes de tipo académico tales como: problemas auditivos, visuales, orolinguales, de desnutrición, etc.

ESTA TESIS NO HAY
DE LA BIBLIOTECA

No hay que olvidar que se estará evaluando a pacientes psiquiátricos, de ahí que el *psiquiatra* nos dará un diagnóstico sobre el padecimiento mental que presente el interno-paciente, así como las características de su patología, y si éstas están directamente relacionadas con una limitación para adquirir nuevos aprendizajes, o bien, hasta qué punto sus funciones mentales tales como atención, concentración, memoria, etc.-, se encuentran alteradas.

El Área de *Psicología* proporcionará los resultados obtenidos en la batería aplicada, así como su observación clínica a partir de la entrevista efectuada con el interno-paciente.

Trabajo Social brindará datos precisos acerca de los más relevante del desarrollo familiar y social del sujeto, estos datos habrán sido obtenidos por medio de la entrevista del interno-paciente y de algún familiar al que se haya localizado.

El *Criminólogo*, dentro del equipo interdisciplinario, es el encargado de elaborar un criminodiagnóstico con base a los datos obtenidos en la entrevista con el interno-paciente y los que se proporcionen en la revisión con el equipo interdisciplinario.

El *Pedagogo*, por su parte, proporcionará datos sobre el desarrollo escolar y laboral del interno-paciente, así como los resultados en los exámenes aplicados y las observaciones obtenidas en la entrevista.

De esta manera, se tiene la oportunidad de intercambiar información y puntos de vista para obtener una visión más completa del interno-paciente y así poder establecer un tratamiento integral que favorezca su rehabilitación psicosocial.

3.3.8. INTEGRACION DEL REPORTE.

Ya con el cúmulo de información obtenida por los diferentes instrumentos aplicados y las fuentes consultadas, se procede a la "integración del reporte", el cual se estructurará de la siguiente manera: (Ver anexo III).

- Ficha de identificación, se anotarán los datos que identifiquen al interno-paciente, con fines administrativos y de control.
- Actitud ante la entrevista. En este apartado se vaciarán las observaciones generales en cuanto a la disposición del interno-paciente para proporcionar datos solicitados.
- Trayectoria Escolar, con base en la entrevista realizada al interno-paciente y la sesión interdisciplinaria, se podrá hacer una descripción de la trayectoria escolar haciendo hincapié en aquellas circunstancias que favorecieron o afectaron el desempeño académico del interno. Será necesario también mencionar el tiempo en que no ha tenido contacto con el ámbito escolar, ya sea en libertad o en reclusión.
- Trayectoria laboral. De igual manera se describirán todas las actividades desempeñadas para obtener ingresos económicos, incluyendo el tiempo de permanencia en cada uno y motivo de separación; en este apartado se hará mención de los datos obtenidos durante la entrevista en cuanto a grado o inclinación por alguna actividad de las ya realizadas.
- Trayectoria intrainstitucional. Se vertirá la información obtenida en cuanto a su tiempo de reclusión, así como los centros penitenciarios donde ha estado

internado y todas aquellas actividades realizadas en dichos centros, actividades de carácter escolar, laboral, deportivo, recreativo, etc.

- Déficit académicos. En este apartado se hará una descripción de aquellas deficiencias, errores y/o alteraciones en cuanto a los contenidos académicos, esto será con base a los resultados obtenidos en los exámenes de conocimientos y el repertorio de conocimientos académicos básicos.

La descripción de estos déficits nos dará la posibilidad de establecer objetivos terapéuticos y de aprendizaje; para ejercitar aquellas habilidades básicas que se hayan detectado deficitarias.

- Capacidades para el aprendizaje: De acuerdo con las observaciones directas y las respuestas del interno-paciente, se podrán emitir algunas inferencias sobre las posibilidades que el interno-paciente presente para el aprendizaje; se tomará en cuenta, principalmente sus funciones como atención, concentración, memoria, razonamiento verbal, lógico y matemático; esto ya se habrá comentado con los integrantes del equipo interdisciplinario para establecer un acuerdo con base en los comentarios realizados.
- Aptitudes e intereses ocupacionales. Tomando en cuenta la información proporcionada por el interno-paciente se hará una descripción de aquellos intereses que éste refiera y que concuerden con los trabajos realizados en libertad o bien en la experiencia laboral obtenida.
- Pronóstico: en este rubro se hará un comentario en relación a las posibilidades observadas para realizar actividades académicas, ocupacionales, deportivas y culturales, que redunden en la rehabilitación del interno-paciente; sin dejar de

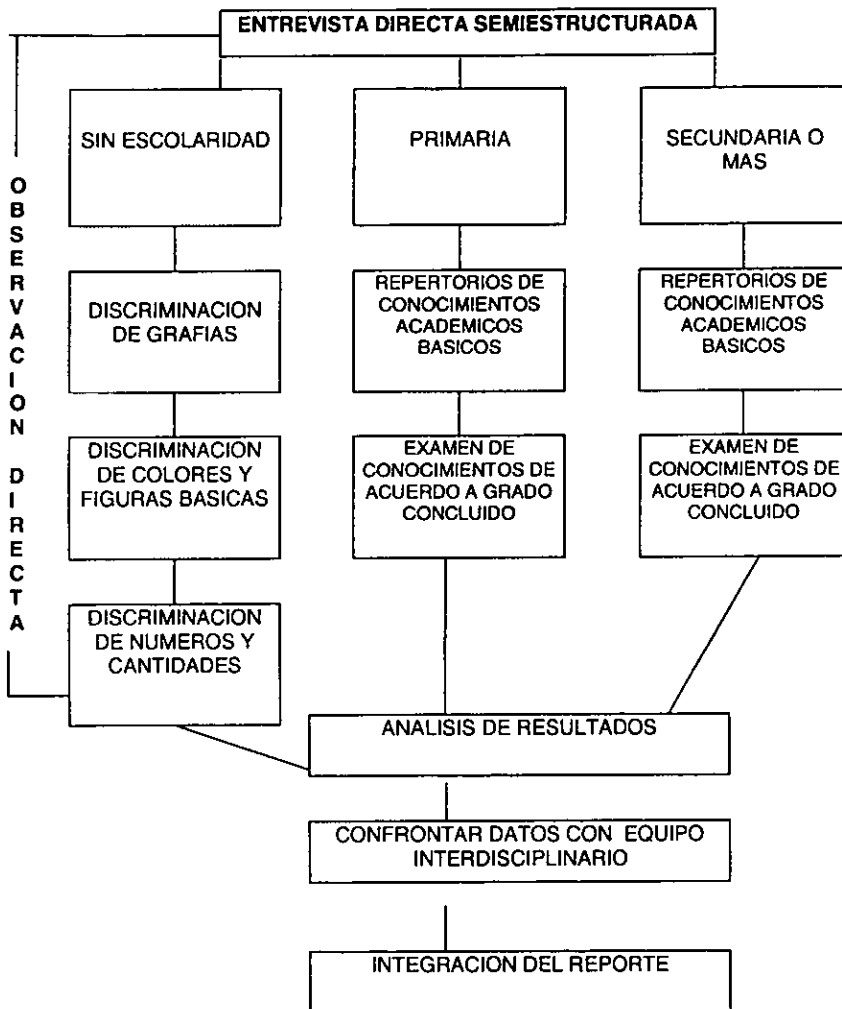
tomar en cuenta las observaciones realizadas por todo el equipo multidisciplinario que atiende el caso.

- Sugerencias de tratamiento: Enumerar detalladamente las actividades propuestas para lograr los objetivos de aprendizaje con base en los déficits ya señalados anteriormente.

Indicar cuales son las características favorables para que el interno-paciente pueda introyectar nuevos aprendizajes de cualquier índole, ya sea académicos, ocupacionales, culturales y deportivos; puestos que estaremos buscando su rehabilitación a través de la ejercitación de funciones cognitivas que le permitan lograr una adecuada funcionalidad intrainstitucional.

A continuación se presenta un diagrama que esquematiza el proceso antes descrito:

DIAGNOSTICO PEDAGOGICO



CAPITULO 4

ALCANCES Y LIMITACIONES DEL DIAGNOSTICO PEDAGOGICO

Como se ha señalado anteriormente, la elaboración de un diagnóstico se ha retomado de la medicina para aplicarse a otros ámbitos o a las llamadas ciencias sociales; casi todas estas áreas tienen establecido un protocolo para poder emitir su diagnóstico de acuerdo a los fines que tengan así como a los problemas a que se enfrentan; es el caso, por ejemplo de la Psicología, la Criminología, el Trabajo Social, etc.; cada una tiene su metodología a seguir con sus características particulares.

Es por ello que se propone del establecimiento de un protocolo que permita llegar a este fin. Nos enfrentamos a una serie de alcances hasta ahora logrados que permiten el objetivo; pero también existen limitaciones que se deben de tomar en cuenta para la elaboración del Diagnóstico Pedagógico con las características ya planteadas.

En el presente capítulo se exponen los alcances y limitaciones a los que se enfrentarán aquellos pedagogos interesados en incursionar en este ámbito llamado *Diagnóstico Pedagógico Clínico*.

4. 1. ALCANCES.

El establecer un protocolo para la elaboración de un diagnóstico pedagógico clínico, dentro del marco referencial que ya se ha establecido, tiene los siguientes alcances:

Se ha hablado del Diagnóstico, las finalidades de éste, su orientación así como el enfoque que se le da, asignándole fundamental importancia para saber que tiene el sujeto y porqué no aprende, así como qué es lo que origina el problema. Sin embargo, en el Área Pedagógica es difícil encontrar una guía u orientación para que se logre llegar a dicho diagnóstico; se habla constantemente del diagnóstico pero no de cómo se elabora y qué estrategias se pueden utilizar o bien, qué se canaliza en cada uno de los aspectos de importancia relevante que conforman precisamente el diagnóstico pedagógico; esta situación limita el que hacer del pedagogo obligándolo a improvisar estrategias poco prácticas que en ocasiones impiden alcanzar el objetivo que se pretende, así el pedagogo termina describiendo únicamente aspectos académicos o deficiencias en la adquisición de los contenidos escolares, sin que esto lleve a una interpretación o análisis. De ahí, la afirmación de que uno de los alcances de establecer un Protocolo para la Elaboración del Diagnóstico Pedagógico para internos en reclusión con padecimiento mental, es precisamente el proporcionar una línea a seguir para que el pedagogo logre elaborar un diagnóstico pedagógico propiamente dicho y no un diagnóstico escolar, que tiene su grado de importancia y son las bases de muchos análisis de todo tipo (sobre todo neuropsicológico, psiquiátrico, etc.).

Luego entonces el análisis de aprendizajes académicos es solo una parte del Diagnóstico Pedagógico y no el Diagnóstico en sí. Se plantea así la posibilidad de obtener un perfil actual del interno-paciente y de sus posibilidades de aprendizaje en el momento que se realiza la evaluación puesto que, como ya

se ha mencionado, es un diagnóstico de corte transversal lo que permite analizar las características particulares en el presente, mismas que serán punto de partida para el diseño de un tratamiento y, además, punto de comparación para posteriores evaluaciones donde se podrán comparar los resultados y determinar la evolución del interno-paciente.

En los últimos años, la psiquiatría ha tenido avances importantes; tanto en el uso de fármacos como en las psicoterapias, estos avances están apoyados en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas. Para tal fin se utilizan manuales que permitan clasificar las diversas enfermedades mentales. En la mencionada Institución donde se hace la propuesta para la emisión del Diagnóstico Pedagógico, el Área de Psiquiatría utiliza el Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV), del cual se tienen las siguientes referencias "En los Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico.

Podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, *idiotia/locura*, en el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía, y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Pxychiatric Association (en aquella época denominado American Médico-Psychological Association—el nombre se cambio en 1921). Junto con la National Comisión on Mental Hygiene, diseño un plan adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales.

A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación

estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (P. Ej. Trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrollo una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder's (DSM-I). el DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término "reacción" en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

Posteriormente se publicaron el DSM-III a la par con el CIE-9, los cuales tenían como fundamental importancia la clasificación. También es aquí donde se implementa el sistema multiaxial, que implica el carácter descriptivo de las

patologías en base a las entrevistas estructuradas. La diferencia entre los dos manuales de clasificación radican principalmente en que uno (DSM-III) utiliza dicho sistema multiaxial, y el CIE-9 tiene como función principal establecer categorías para fines estadísticos referentes a la salud pública.

La tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ha presentado un gran avance en el diagnóstico de los trastornos mentales y ha facilitado mucho la investigación empírica. La creación del DSM-IV se ha beneficiado del sustancial aumento de la investigación en el diagnóstico, generado por el DSM-III y el DSM III-R. La mayoría de los diagnósticos poseen ya literatura empírica o datos disponibles a la hora de tomar decisiones relevantes en la revisión de este manual diagnóstico. El Comité elaborador del DSM-IV y los grupos de trabajo han efectuado un proceso empírico a tres niveles, que ha incluido. 1) revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada, 2) reanálisis de los datos ya recogidos y 3) estudios de campo".⁶³

Así con esta línea metodológica, se determina el diagnóstico multiaxial, entendiéndose como el Diagnóstico que se describe en 5 ejes: el primero es para consignar los trastornos mentales que determina el psiquiatra, el segundo para trastornos de la personalidad que determina el psicólogo, el tercero es para las enfermedades médicas que estén originando el padecimiento mental, el cuarto es para los aspectos sociales que favorezcan el padecimiento mental y en el eje cinco se realiza una evaluación de la actividad global ó bien es el grado de funcionalidad social que presente el sujeto.

⁶³ Allen, Frances. M. D. Presidente del Comité Elaborador del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Pág.

Ha sido necesario hacer la revisión anterior para que se pueda comprender en dónde se incluye el Diagnóstico Pedagógico dentro del Diagnóstico Multiaxial y así sustentar el surgimiento del Diagnóstico Pedagógico Clínico.

En el eje uno se incluye todos aquellos problemas de aprendizaje que se hayan descubierto por medio del diagnóstico pedagógico, esto es; se puede encontrar que el sujeto venga arrastrando desde su niñez o adolescencia problemas tales como: trastornos de la lecto-escritura, cálculo, etc., y estas tendrán alguna relación con sus capacidades cognitivas, lo que definitivamente repercute en su situación actual. “Se puede diagnosticar **trastornos de aprendizaje** cuando el individuo, en lectura, cálculo o escritura es sustancialmente inferior al esperado por la edad, escolaridad y nivel de inteligencia, según indican las evaluaciones realizadas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieran de lectura, cálculo o escritura. Los trastornos de aprendizaje pueden persistir hasta la vida adulta”.⁶⁴

Es aquí donde el pedagogo interviene, ya que es quien aplica una evaluación individual con la finalidad de establecer esas diferencias entre el grado escolar alcanzado y los conocimientos académicos con que cuenta, también describe las características de las habilidades académicas básicas como es la lectura, la escritura y el cálculo, realizando observaciones en cuanto a la dificultad que presente el sujeto para ejecutarlas; todo lo anterior, aunado con la historia personal del sujeto es posible establecer o emitir un diagnóstico del trastorno del aprendizaje cuando así se descubra.

“Los adultos con trastornos de aprendizaje pueden sufrir dificultades en su adaptación social... Muchas personas con trastorno disocial, trastorno negativista

⁶⁴ DSM-IV. Op.Cit. Página 48.

desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico, también presenta trastornos del aprendizaje. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con trastornos de aprendizaje".⁶⁵

Es importante señalar que tanto el pedagogo como todo el equipo multidisciplinario deberá poner mucho cuidado para no confundir un trastorno de aprendizaje, entiéndase este como, cualquier alteración o perturbación de la actividad, proceso y/o comportamiento, que limite la adquisición de nuevos aprendizajes; con variaciones en el rendimiento académico o bien dificultades escolares debido a la carencia de oportunidades, enseñanza deficiente o factores culturales. Ya que se puede correr el riesgo de evaluar situaciones socioculturales e incluso hasta la misma sintomatología psicótica, en caso que la presente, y no evaluar propiamente las capacidades para el aprendizaje mediante los conocimientos académicos básicos con los que cuenta.

Los trastornos de aprendizaje se deben consignar por separado; esto es, hay que diagnosticar, si el sujeto presenta un **trastorno de la lectura**, esto se consigna cuando hay alteraciones en precisión, velocidad, o comprensión, caracterizándose por distorsiones, sustituciones de palabras u omisiones de las mismas al ejecutarla, además de ser lenta y con errores en la comprensión.

Se emitirá el diagnóstico del **trastorno del cálculo**, cuando la capacidad aritmética se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada en individuos con edad cronológica, Coeficiente Intelectual y escolaridad acordes a la edad que presenta. Este trastorno puede estar afectando diferentes habilidades tales como; las lingüísticas (comprensión o denominación de términos matemáticos,

⁶⁵ *Ibidem*. Pág. 49.

La siguiente información es retomada de la clasificación que hace el DSM-IV, en el apartado de Trastornos Originados en la Infancia y la Adolescencia.

operaciones o conceptos y descodificación de problemas escritos en símbolos matemáticos); habilidades perceptivas (reconocimiento o lectura de símbolos numéricos o signos aritméticos y agrupamiento de objetos); habilidades de atención (reproducción correcta de números y cifras el recordar el añadir números al realizar una mecanización, y tener en cuenta los signos operativos); y habilidades matemáticas (secuencia en las mecanizaciones y asociación de cantidad con número).

Se consigna un **trastorno de la expresión escrita**, cuando la habilidad para escribir se encuentra sustancialmente por debajo de lo esperado dado la edad cronológica del individuo, su coeficiente intelectual y escolaridad alcanzada. El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades cotidianas que requiere estabilidad. Generalmente se observa una combinación de deficiencias en la capacidad del individuo para comprender textos escritos, lo que se manifiesta por errores gramaticales o de puntuación en la elaboración de frases, una organización pobre de los párrafos, errores múltiples de ortografía y grafías excesivamente deficitarias.

El trastorno de la expresión escrita suele asociarse al trastorno de la lectura o al trastorno del cálculo. Se ha comprobado que este trastorno está generalmente acompañado de déficits en el lenguaje y la perceptomotricidad. Por lo tanto estará siempre asociado a otros trastornos de aprendizaje.

En el eje cuatro como ya se menciona, se refiere a los problemas psicosociales y ambientales; es aquí donde se incluye los problemas relativos a la enseñanza (analfabetismo, deserción escolar, problemas académicos, o ambiente escolar inadecuado).

Por todo lo anteriormente señalado, el diagnóstico pedagógico en la intervención psiquiátrica es un alcance, ya que hasta hace poco tiempo no se había contemplado el Diagnóstico Pedagógico como factor importante del área psiquiátrica para adultos. Sin embargo ni en el manual en mención no se aclara como se elabora el diagnóstico pedagógico, únicamente señala en donde deben consignarse los trastornos de aprendizaje, lo que puede implicar alteraciones en las capacidades cognitivas. En el mencionado manual tampoco se indica que especialista debe realizar estas aportaciones, en el presente trabajo se plantea que la labor del pedagogo, en este caso, es quien deberá describir todo lo relacionado a los trastornos de aprendizaje, capacidades para el aprendizaje, así como los factores que puedan favorecer u obstaculizar la adquisición de nuevos; de este modo; se podrá tener los elementos para plantear un tratamiento acorde a las necesidades específicas del interno-paciente, en busca de la rehabilitación psicosocial que se pretende.

Por las razones descritas anteriormente vuelvo a enfatizar que el diagnóstico pedagógico que se realiza en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial puede considerarse como un diagnóstico pedagógico clínico; y esto lo considero como un alcance importante, ya que anteriormente no se ha planteado dicho concepto, precisamente por la falta de un campo propiamente clínico. Por todo esto se plantea la opción de denominar Diagnóstico Pedagógico Clínico.

4.2. LIMITACIONES.

Para que el Diagnóstico Pedagógico tenga una adecuada aplicación, se requiere de muchos aspectos que aun no se han controlado, de ahí que se comenten las siguientes limitaciones:

En otros países, por supuesto de primer mundo, por ejemplo España, - específicamente en Barcelona-, está legislada la elaboración del diagnóstico escolar para los centros penitenciarios. "El Diagnóstico Escolar es una de las tareas necesarias y perceptivas que debe realizar el maestro de prisiones. La Ley Orgánica Global de Prisiones, en el articulado de su reglamento hace mención reiterada de dicha labor. Inicialmente en su Artículo 155.1 estipula que todas los internos que ingresen a Centros Penitenciarios deben ser sometidos a las pruebas pertinentes para su clasificación en el ciclo educativo que le pertenezca: taxonomía necesaria al establecer la citada normativa la obligatoriedad de estar escolarizados todos aquellos internos que sean analfabetas o pertenezcan al primero y segundo ciclo de E. G. B. Dicha exploración inicial también tiene como fundamento, una vez detectadas sus aptitudes e intereses el poder ofrecer al interno una correcta orientación pedagógica que le permita iniciar un proceso educativo adecuado a sus características.

Otro de los artículos del reglamento, el 172, establece que todos aquellos internos que presentan déficits o inadaptaciones educativas deberán recibir el tratamiento adecuado; por ello, es de fundamental importancia el realizar un diagnóstico escolar capaz de detectar todos aquellos trastornos o deficiencias a las que hace mención la propia ley, así como para poder aplicar los tratamientos adecuados al respecto." ⁶⁶

Lamentablemente en México no tenemos una legislación tan específica que nos permita manejar y orientar el trabajo educativo en los centros penitenciarios. El Marco legal con que contamos es muy limitado. *La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en el Artículo 18 señala, entre otras cosas: "Los Gobiernos de la Federación y de los Estados Organizaran el Sistema Penal, en

⁶⁶ Costa i Canals, Montse, Moreno i Oliver Francesc X. Procesos de Elaboración de Dossier de Observación y Diagnóstico Inicial para Instituciones Penitenciarias. En: *Modelos de Educación en Centros Penitenciarios*, por Fernández Adalberto, Pág. 197.

sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente”.

Por otro lado la *Ley que establece las Normas mínimas sobre readaptación social de sentenciados*; en el capítulo III, artículo 7º dice, “El régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico, el cual constará, por lo menos, de períodos de estudio, diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, dividido este último en fases de tratamiento en clasificación y de tratamiento prelibracional. El tratamiento se fundará en los resultados de los estudios de personalidad que se practiquen al reo, los que deben ser actualizados periódicamente.”

“Artículo 10º. La consignación de los internos al trabajo se hará tomando en cuenta los deseos, la vocación, las aptitudes, la capacitación laboral para el trabajo en libertad y el tratamiento de aquellos, así como las posibilidades del reclusorio.”

“Artículo 11º. La educación que se imparta a los internos no tendrá sólo carácter académico, sino también cívico, social, higiénico, artístico, físico y ético. Será, en todo caso, orientado por las técnicas de la pedagogía correctiva y quedará a cargo, perfectamente, de maestros especializados”.

* Esta información es extraída de: *Compilación de Documentos Nacionales e Internacionales en Materia Penitenciaria*; editada por la Comisión de Derechos Humanos; Págs. 14, 16 y 17.

Como podemos apreciar, los anteriores puntos son muy escuetos en comparación con la cita referente a la legislación para el desempeño educativo en reclusión, en España; es por ello que aquí se hace hincapié en que esta situación legislativa es una limitación para el desempeño educativo, específicamente para la elaboración del Diagnóstico Pedagógico en reclusión; si no se tiene una legislación para internos, por llamarlos de alguna manera “normales”, mucho menos se tiene una legislación para la realización de trabajo pedagógico para enfermos mentales en reclusión.

En consecuencia, la falta de dicha legislación provoca que cada una de las diferentes disciplinas que intervienen en el trato y tratamiento de internos con características tan particulares como las ya mencionadas, trabajen con objetivos diferentes o bien con metodologías poco apropiadas, lo que trae como grave consecuencia el que se pierda el trabajo técnico o clínico.

Otra gran limitante, en consecuencia con lo anterior, es que al no haber una claridad para la realización del trabajo clínico en el área penitenciaria, los profesionales de cada una de las especialidades que intervienen con los internos, trabajan bajo las líneas normativas que marca cada dirección y/o administración que está al frente de la Institución, y esto, al sufrir cambios continuos, no se logra una consolidación de metodologías específicas para cada disciplina; luego entonces, si para el área penitenciaría no están claros los procedimientos a seguir, menos aún para una población tan específica como la que se ha tratado en el presente trabajo; de ahí que continuamente se tengan que cambiar las estrategias de trabajo para el trato y tratamiento de los interno-pacientes.

Siguiendo en este orden de ideas, otra limitante que se observa para el desarrollo de la presente propuesta es la falta de personal especializado que intervenga adecuadamente con los interno-pacientes. Con la práctica cotidiana se ha podido observar que la preparación del personal técnico carece de elementos suficientes para trabajar en forma conjunta; esto es, cuesta mucho trabajo integrar un equipo multidisciplinario para que aborde un caso en forma interdisciplinaria, ya que es común encontrarse con actitudes poco cooperadoras sustentadas en argumentos tales como “el área de (psiquiatría, psicología, trabajo social, etc.) es más importante y lo que en ésta se observe es lo real”; limitándose a trabajar en forma unilateral. En consecuencia, el tratamiento que se brinda al interno-paciente no tiene los resultados que se podría obtener si todos los profesionistas se sumaran como un solo equipo para un solo fin.

Por último, es importante señalar que para la estandarización del protocolo aquí propuesto, se requiere de una serie de observaciones y registros de investigación, mismos que nos servirían para validar lo propuesto; sin embargo, esto implicaría plantear una metodología de investigación para organizar datos y obtener estadísticas; los cuales, por las características de la Institución, no es posible obtener dicha información ya que se considera de carácter confidencial interna a una Institución de seguridad; y todo esto implicaría otro tipo de investigación, la cual no es objetivo del presente trabajo.

CONCLUSIONES

Se ha revisado históricamente, y de manera general las diferentes épocas por las que ha atravesado la sociedad mexicana con respecto al enfermo mental; hemos visto que en el México prehispánico se le consideraba como aquel sujeto que de alguna manera habían ofendido a los dioses, y éstos les enviaban castigos. Los aspectos culturales que en esa época prevalecían, influyeron en gran medida para tratarlos pues se tenían gran conocimiento sobre herbolaria, entonces éste fue el único tratamiento que recibían aquellos sujetos cuyo comportamiento era poco común.

Surgen Instituciones psiquiátricas durante el virreinato, donde de manera muy precaria se trata de contener al enfermo mental. Posteriormente se crean los manicomios y con esto, la psiquiatría en México.

Como se ha visto hasta hace poco tiempo se distingue al enfermo mental en reclusión del resto de la población penitenciaria; también se ha podido observar que en esa época el pedagogo no figura como profesionalista, a pesar de que se hablaba ya de la importancia de la educación y el trabajo para el interno en reclusión.

- La propuesta de protocolo para la emisión del diagnóstico pedagógico está planteado de acuerdo con las características particulares de los sujetos que se albergan en la institución mencionada; siendo factible de que se aplique en otros ámbitos, donde se encuentran sujetos con características semejantes.

- El protocolo aquí planteado permitirá a otros pedagogos conocer el camino a seguir para emitir un diagnóstico pedagógico que contemple las necesidades de

los interno-pacientes. Este protocolo pretende que el profesional no se limite a calificar conocimientos académicos, sino a valorar la situación actual del sujeto, sin que se le clasifique o categorice, ya que se busca conocer sus características individuales con las cuales pueda trabajar.

- La presente propuesta está enfocada precisamente a elaborar un Diagnóstico Pedagógico Clínico que permita describir las características del sujeto y al mismo tiempo plantear los objetivos terapéuticos posibles para poder brindar y diseñar, a la par con otras disciplinas, tratamientos integrales enfocados a la rehabilitación psicosocial del interno-paciente.
- Es importante considerar aspectos fisiológicos, metodológicos y socioeconómicos en la determinación de problemas de aprendizaje. Por lo tanto el pedagogo deberá contar con conocimientos dirigidos hacia estos aspectos.

Para la elaboración e integración de un adecuado diagnóstico pedagógico es importante resaltar la necesidad de que el pedagogo desarrolle una habilidad para la observación, en cuanto a actitudes y conductas del interno-paciente; habilidad para analizar el discurso que este emite, así como para manejar y guiar las entrevistas y los instrumentos de evaluación; pero no sólo eso, también hay que integrar en forma escrita, los rubros que comprenden el reporte de diagnóstico pedagógico, esta labor aparentemente es sencilla, pero ya en la práctica, se requiere también de la habilidad para la comunicación escrita; dichas habilidades necesarias se adquieren sólo mediante la práctica continua.

Todas las disciplinas sociales tienen una evolución o desarrollo en su campo de acción; con el presente trabajo se pone de manifiesto la incursión de la pedagogía en el ámbito psiquiátrico, lo cual es un campo de acción poco explorado por el pedagogo, así que queda abierta la posibilidad de continuar con

investigaciones o trabajos para el mejor desarrollo del ejercicio pedagógico en esta área médico-social. Desde este enfoque se ha denominado **Pedagogía Clínica**, ya que lo clínico constituye la experiencia que se obtiene mediante la práctica, en un área específica. Por lo tanto, los pedagogos que se desempeñen en esta área también podrían calificarse como **pedagogos clínicos**, una vez desarrolladas las habilidades ya mencionadas anteriormente

ANEXO I

GUIA DE OBSERVACION (SIN INTERVENCION)

NOMBRE: _____ N° EXPEDIENTE: _____

LENGUAJE

COHERENTE _____
 CONGRUENTE _____
 FLUIDO _____
 VERBORREICO _____

INCOHERENTE _____
 INCONGRUENTE _____
 ENTRECORTADO _____
 BRADILALICO _____

TONO DE VOZ

BAJO _____ MEDIO _____ FUERTE _____ VARIANTE _____

VOCABULARIO

AMPLIO _____ LIMITADO _____ REBUSCADO _____ REPETITIVO _____
 COPROLALICO _____

ACTITUD ANTE EL ENTREVISTADOR

COOPERACION _____ NEGACION A LA ENTREVISTA _____ ANSIEDAD _____
 ATENTO _____ MANIPULADOR _____ INQUIETO _____ DISPERSO _____
 OTRO _____

ASEO PERSONAL

LIMPIO _____ ALIÑADO _____ SUCIO _____ DESALIÑADO _____

EXPRESION EMOCIONAL

LLANTO _____ GRITOS _____ INEXPRESIVO _____
 RISAS SIN MOTIVO _____ SERIEDAD _____ AUTISTA _____
 REPRIMIDO _____

COORDINACION MOTORA

MARCHA _____ LOCOMOCION _____ MOVIMIENTOS QUINESICOS _____
 TICS _____ IMPEDIMENTOS FISICOS _____

ORIENTACION ESPACIO-TEMPORAL

UBICADO _____ DESUBICADO _____

COMENTARIOS:

ANEXO II

GUIA DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICACION.

NOMBRE: _____ N° EXPEDIENTE: _____
 EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESCOLARIDAD: _____
 CENTRO DE PROCEDENCIA: _____

II. TRAYECTORIA ESCOLAR.

	SI	NO	EDAD DE INICIO	AÑOS CURSADOS	BOLETA CERTIFICADO
PREESCOLAR	_____	_____	_____	_____	_____
PRIMARIA	_____	_____	_____	_____	_____
SECUNDARIA	_____	_____	_____	_____	_____
PREPARATORIA	_____	_____	_____	_____	_____
CARRERA TECNICA	_____	_____	_____	_____	_____
PROFESIONAL	_____	_____	_____	_____	_____
OTROS	_____	_____	_____	_____	_____
REPROBACIONES	_____	_____	¿CUÁL? ¿POR QUÉ? _____		
DESERCIONES	_____	_____	¿DÓNDE? ¿POR QUÉ? _____		
EXPULSIONES	_____	_____	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? _____		

III. EXPERIENCIA LABORAL.

	ACTIVIDAD	EDAD DE INICIO	TIEMPO DE PERMANENCIA	MOTIVO DE ABANDONO
1.-	_____	_____	_____	_____
2.-	_____	_____	_____	_____
3.-	_____	_____	_____	_____
4.-	_____	_____	_____	_____
5.-	_____	_____	_____	_____

III. ACTIVIDADES EN RECLUSION.

♦ LABORAL.

♦ ESCOLAR.

♦ DEPORTIVAS.

♦ RECREATIVAS Y CULTURALES.

V. CONOCIMIENTOS.

♦ LECTURA.

♦ ESCRITURA.

♦ CALCULO.

♦ LENGUAJE.

♦ CONOCIMIENTOS GENERALES.

VI. INTERES.

♦ ACADEMICO.

♦ LABORAL.

♦ DEPORTIVOS.

♦ RECREATIVOS Y CULTURALES.

VII. DIAGNOSTICO.

VIII. PRONOSTICO. _____

FECHA: _____

ELABORO

PEDAGOGO

ANEXO III

ESTUDIO PEDAGOGICO

I.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____ N° EXPEDIENTE: _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
FECHA DE INGRESO AL CE.FE.RE.PS.: _____ OCUPACION (ULTIMA): _____
OCUPACION INTRAINSTITUCIONAL: _____ ESCOLARIDAD: _____

III.- ACTITUD OBSERVADA.

IV.- TRAYECTORIA ACADEMICA.

V • TRAYECTORIA LABORAL.

VI • TRAYECTORIA INTRAINSTITUCIONAL (ACADEMICA, LABORAL Y ESPARCIMIENTO)

DIAGNOSTICO.

VII.- DEFICITS ACADEMICOS.

VIII.- POSIBILIDADES PARA EL APRENDIZAJE.

IX.- APTITUDES E INTERESES OCUPACIONALES.

PRONOSTICO. _____

X • SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO.

FECHA DE ELABORACION: _____

ELABORO

PEDAGOGO



BIBLIOGRAFIA BASICA

- Allen Frances M. D.
Presidente del Comité Elaborador del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV.
México, Masson, S. A. 1995.
- Azcoaga, J. E.; Derman B.; Iglesias, P. A.
Alteraciones del Aprendizaje Escolar
Barcelona, Paidós, 1991.
- Blanes, Gil F.; Vives Zaragoza, Luis.
Psicodiagnóstico
Barcelona, Fontalella, 1986.
- Bruckner, L. J., Bond, G.
Diagnóstico y Tratamiento de las Dificultades en el Aprendizaje.
Madrid, Rial, 1975.
- Camacho Coronel y Hernández Cuevas.
El Enfermo Mental en las Prisiones Mexicanas
PRO. NA. CAP., México 1994.
- De Pina y De Pina Vera, Rafael.
Diccionario de Derecho
México, Porrúa, 1989.
- Dirección General de Publicaciones y Bibliotecas S. E. P., para la Dirección General de Educación Especial
La Educación Especial en México N° 8, Cuaderno S. E. P.
México, Febrero 1981.
- Dirección General de Prevención y Readaptación Social.
Proyecto del Manual de Funciones para el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial
México, D. F., 1995
- Dirección General de Prevención y Readaptación Social
Manual de Organización del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial
México, D. F., 1995.

- Fajardo Ortiz G.
Breve Historia de los Hospitales de la Ciudad de México
México, Sociedad de Historia y Filosofía de la Ciudad de México, 1985.
- Fernández Arenaz, Adalberto.
Modelos de Educación en Centros Penitenciarios
Barcelona, España, Humanitas, 1999
- Galindo, Bernal, Hinojosa y Colaboradores.
Modificación de la Conducta en la Educación Especial
México, Trillas, 1986.
- García Ramírez, Sergio.
Legislación Penitenciaria y Correccional
México, Porrúa, 1989.
- Gómez, Mario.
Educación en Salud Mental.
Curso en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.
México, D. F. Abril de 1995.
- Keller, F. S. Y Ribes, E.
Modificación de Conducta – Aplicaciones a la Educación
México, Trillas, 1995.
- Labastida Díaz, Antonio y Colaboradores.
El Sistema Penitenciario Mexicano
Editado por el Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación
Penitenciaria
México, Febrero 1996.
- Macotella, Silvia y Romany, Martha.
Inventario de Habilidades Básicas
México, Trillas, 1992.
- Marín, Ma. Angeles y Buisan Carmen.
Tendencias Actuales en el Diagnóstico Pedagógico
Madrid, Laertes, 1986.
- Martínez Martínez, J. Ma., Sabater Fernández, Ma. Luisa y Colaboradores.
Problemas Escolares, Dislexia, Discalculía, Dislalia
Colombia, Cincel, Kapelusz, 1996.

- Montiel Mejía y Colaboradores.
Un Enfoque sobre las Cárceles Mexicanas en el Transcurso de los Siglos
México, Departamento del Distrito Federal. S/F.
- Ocaranza, Fernando.
Historia de la Medicina en México
México, Porrúa, 1989.
- Peimbert Ramos, Roberto.
Evolución Histórica de los Servicios Médicos Penales y su Proyección Actual
Departamento del Distrito Federal; Dirección General de los Servicios Médicos. México 1972.
- Ramírez Gronda, Juan D.
Diccionario Jurídico
México, Porrúa, 1979
- Ramírez Moreno, Samuel.
La Asistencia Psiquiátrica en México.
Congreso Internacional de Psiquiatría.
París 1950.
México, Contribución de la Secretaría de Salud y Asistencia de la República Mexicana.
- Secretaría de Gobernación.
Dirección General de Prevención y Readaptación Social
Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria
México 1995.
- Secretaría de Gobernación
Proyecto de Reglamento del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial
México, D. F., 1995
- Secretaría de Gobernación.
Programa Nacional de Capacitación Penitenciaria
México 1994.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Ardilla, Rubén.
Psicología del Aprendizaje, Siglo XXI.
México, Editores, 1979.
- Anguera, Arguilaga Ma. T.
Enciclopedia Temática de Educación Especial; Tomo I.
Madrid, C.E.P.E.; 1987.
- **Asamblea General de la ONU**
Enfermos Mentales e Inimputables- Documentos Nacionales e Internacionales-
Editado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
México 1995.
- Basaglia, F.; Langer, M.; Caruso, I; y otros.
Razón, Locura y Sociedad. Siglo XXI
México, Editores, 1979.
- Bonboir, A.
Pedagogía Correctiva
Madrid, Morata, 1971.
- **Comisión Nacional de Derechos Humanos.**
Compilación de Documentos Nacionales e Internacionales en Materia Penitenciaria.
1996.
- **Diccionario de las Ciencias de la Educación**
Madrid, Diagonal Santillana, 1989.
- De la Fuente, R.
Nuevos Caminos de la Psiquiatría
México, Fondo de Cultura Económica, 1990.
- Domínguez, Benjamín.
Psicología Ecológica – Análisis y Modificación de la Conducta Humana en Instituciones de Custodia
México, U. N. A. M., 1987.

- Flores, Ma. Luisa.
Hospitales para Enfermos Mentales en el México Colonial.
En Información Científica y Tecnológica Volumen XI. N° 149.
México, D. F. Febrero de 1989.
- Fraser, N.; Watls y Douglas, H.; Bennet.
Rehabilitación Psiquiátrica, Teoría y Práctica
México, Noruega Limosa, 1992.
- Lafourcade, P. D.
Evaluación de los Aprendizajes
Madrid, Cincel, 1972.
- Levinson y Gallagher.
Sociología del Enfermo Mental
España, Amorrout, 1985.
- Manoní, J.
Enseñanza correctiva de las Matemáticas (2 Vols.)
Pablo del Río Madrid 1978
- Moor, Paul.
Manual de Pedagogía Terapéutica
Barcelona, Herder, 1980.
- Thorndike, R. L.; y Hagen, E.
Test y Técnicas de Medición en Psicología y Educación
México, Trillas, 1975.