

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“EFECTOS DE UN TALLER DE PSICOMOTRICIDAD
CON USUARIOS QUE PRESENTAN TRASTORNOS
MENTALES CRÓNICOS EN EL CENTRO DE
ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL CUEMANCO”.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
PSICOLOGÍA PRESENTAN:**

**ESMERALDA LÓPEZ GUZMÁN
Y
MARÍA DEL CARMEN MORALES MUÑOZ.**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA ISABEL HARO RENNER

ASESORA DE TESIS: MTRA. KARINA TORRES MALDONADO

**SINODALES: MATRA. ARACELI LAMBARRI RODRÍGUEZ
LIC. MARIO PÉREZ ZUVIRÌ
LIC. GUADALUPE OSORIO ÁLVAREZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, junio 2007.



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.

LA ORGANIZACIÓN COMO UN TODO, ENTENDEER COMO
UNAS DE SUS PARTES DEPENDEN DE OTRAS Y
ENTENDEER COMO UN CAMBIO EN ALGUNA DE SUS
PARTES AFECTARÁ EL TODO.

*DESEAMOS AGRADECER DE MANERA MUY
ESPECIAL :*

A la Universidad Nacional Autónoma de México por habernos dado la oportunidad de realizar uno de nuestros sueños; ser profesionistas y egresar de la máxima casa de estudios.

Al Centro de Asistencia e Integración Social CAIS "Cuemanco" por permitirnos realizar el Servicio Social y elegir el tema de tesis.

A la Dra. María Isabel Haro Renner por la guía en nuestro paso por la licenciatura y aceptar ser la directora de tesis. Gracias por su tiempo, paciencia y sobre todo por su experiencia que compartió en la realización del presente trabajo.

A la Maestra Karina Torres Maldonado por aceptar ser la revisora de tesis. Gracias por su tiempo, orientación y sobre todo por la paciencia que tuvo hasta la conclusión del mismo.

Asimismo nuestro profundo agradecimiento a:

La Maestra Araceli Lambarri Rodríguez

La Licenciada María Guadalupe Osorio Álvarez

Al Licenciado Mario Pérez Zuviri

Por aceptar ser revisores y jurados.

A Pastor Gaytán, psicólogo del CAIS Cuemanco, por su guía apoyo y enseñanzas.

Al resto de los maestros con quienes tuvimos contacto en nuestra formación como psicólogas, pues de todos ellos nuestro aprendizaje fue importante.

*ATENTAMENTE
ESMERALDA Y MARÍA DEL CARMEN*

Dedicatorias:

Le dedico este trabajo a toda mi familia espero que se sientan orgullosos de mí; porque yo sí me siento muy orgullosa de la familia que tengo.

Gracias Salvador por apoyarme en cada proyecto; por acompañarme en los momentos más importantes de mi vida.

En especial a mi madre quien me enseñó la importancia del trabajo y la responsabilidad.

A Uriel le agradezco el haberme enseñado la tolerancia, la paciencia y sobre todo el respeto.

A Cynthia, que siempre contagia con su alegría la casa.

A Vicky, la abuelita de la casa siempre tan ecuaníme con sus consejos.

A Sugey siempre sincera y atinada con lo que dice sea positivo o no.

Javier tu sabes que eres el hermano consentido; gracias por dejar cosas por tus hermanas, con esto tal vez sientas que los sacrificios no son en vano.

*A las sobrinas y sobrino: Suria Saira, Elías, Alhelí. Niños
¡alcáncenme!!*

ATTE.-: ESMERALDA LÓPEZ GUZMÁN

DEDICATORIAS:

La finalización de este trabajo es muy importante, pues en mi se fijaron expectativas grandes, como correspondía a la hija mayor. Aún no puedo cumplirlas todas, pero ésta es una importante y aunque tarde quiero dedicarle éste trabajo a mi padre, donde quiera que él se encuentre.

A mi madre, es ella quien a marcado mi vida pues nunca vio obstáculos para que sus hijos se desarrollaran, pues ellos tenían todo para llegar al cielo que era el único límite.

A mis hermanos, Noemí, Anita, Enrique, Lalo y David, con quienes siempre me he sentido en deuda por no haberles dado todo lo que correspondía por ser la hermana mayor.

A mis hijos Isbecky y Mitzio, ellos son el motor de mi vida, es por quienes decidí continuar en medio de dificultades y pozos profundos, a ellos les reconozco: la pasión, objetividad y entrega sin límites de Becky, la claridad y fuerza de Mitzio, son mi reto y alegría.

A mis sobrinos: Efraín, Israel, Daniel, Isabella, Gabriella, Mitchel, Matías y Elías, los quiero.

A mis amigas, quienes son siempre fuente de aprendizaje y fortaleza, por su amistad, paciencia, tolerancia.

GRACIAS.

MARÍA DEL CARMEN MORALES MUÑOZ

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
RELEVANCIA SOCIAL	10
OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS	10
MARCO TEÓRICO	11
LA TEORÍA DE PIAGET	11
LA TEORÍA DE ARNOLD GESSEL	13
LA TEORÍA DE SKINNER B.F.	15
TRASTORNOS MENTALES	18
REHABILITACIÓN	
TRABAJO CON GRUPOS	
PSICOMOTRICIDAD	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ASISTENCIA SOCIAL	
ANTECEDENTES DE ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO	
METODOLOGÍA	74
RESULTADOS	81
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	90
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	91
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	94
DETALLES DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	
¿QUÉ SON LOS CAIS?	
FOTOGRAFÍAS	110

RESUMEN

Esta investigación está abocada a uno de los problemas de la Asistencia Social en el Distrito Federal: Indigentes en situación de calle que padecen trastornos mentales crónicos.

Se realiza dentro del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) "Cuemanco", que depende del Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS), organismo que deriva de la Secretaría de Desarrollo Social en el Gobierno del Distrito Federal.

Este servicio, atiende y cubre las necesidades de 330 usuarios aproximadamente, hombres mayores de 18 años y menores de 65 años, que presentan trastornos mentales crónicos.

¿Qué hacer con estas personas, para que de algún modo logren en la medida de cada individuo, adaptación y autonomía dentro del servicio y en algunos casos, la reintegración a la sociedad?

¿Puede un "Taller de Psicomotricidad", ser una alternativa de tratamiento en usuarios con trastornos mentales crónicos?.

Se propone el "Taller de Psicomotricidad", que bajo la idea de rehabilitación psicosocial, sirva como herramienta para trabajar con los usuarios, las áreas social, psicológica y principalmente el área física, rescatándolos por este medio de su inmovilidad, a quienes se les aplicarán técnicas psicomotrices dentro de la convivencia del grupo.

Dicho taller se realizará una hora a la semana, durante 15 sesiones. Se implementarán programas operativos que serán adaptados según los avances que presenten los participantes, registrando observaciones de los mismos.

El análisis estadístico de los resultados obtenidos se llevó a cabo aplicando una **t pareada** para el instrumento diseñado para ser ejecutado en el CAIS "Cuemanco" el cual fue aplicado antes del tratamiento y después del mismo, en el caso de las características físicas y una prueba de **Mc Nemar**, para el antes y el después del tratamiento en el caso de las características afectivas.

INTRODUCCIÓN

Existen enfermedades que socialmente causan diversas reacciones. Los trastornos mentales crónicos, representan de por sí un enigma social y estigma para quien los padece.

Personas que por diversos motivos ven afectadas sus capacidades tanto físicas como mentales, las que repercuten muchas veces en sus habilidades sociales. Y aunque estos trastornos pueden afectar a cualquier persona, cuando se presentan en quienes pertenecen a los sectores más desprotegidos de la sociedad, la situación de éstos individuos tiene a agravarse, debido a la falta de recursos para un tratamiento y atención adecuada.

Muchos de ellos se ven marginados y abandonados, debido a lo difícil que resulta para sus allegados sobrellevar una situación así, lo que por supuesto contribuye a su deterioro psicológico y social.

En el caso particular del CAIS “Cuemanco” donde se atienden hombres entre los 18 y los 65 años, indigentes, en situación de calle que se encuentran institucionalizados, dentro de una estructura que cubre necesidades de estancia, ropa, apoyo médico, psiquiátrico, psicológico, de trabajo social, etc., con la finalidad de que eventualmente pueden reintegrarse a la comunidad.

Proponemos una actividad donde los usuarios participen en forma grupal para atender a tantos como sea posible. En un ejercicio por atraer la atención de la mayoría aún cuando para fines de investigación sólo se tome una muestra para realizar el análisis.

El Taller de Psicomotricidad se ofrece a los usuarios como un “Taller de Baile”, llevando como medio la música para captar su atención. Un programa estructurado para realizar observaciones en diversos aspectos tanto físicos, sociales y psicológicos. Es decir utilizar el movimiento para rehabilitar capacidades que están perdiendo los usuarios.

Nos apoyamos en las teorías de Jean Piaget, Arnold Gesell y Skinner, quienes nos hablan acerca del desarrollo. Estas teorías nos permiten saber sobre las características de los niños y la manera en que se adquieren diferentes habilidades hasta desarrollar todas sus capacidades, también nos hablan de lo importante que es el movimiento en la construcción del conocimiento.

Piaget, no estudió propiamente la motricidad, pero observó lo importante que es el movimiento en la adquisición de los conocimientos al interactuar con los objetos y actividades de la vida diaria (entendiendo como objetos de conocimientos, situaciones, personas, animales, colores, formas, etc.), que nos permiten desarrollar diferentes capacidades y esto se ve reflejado en la inteligencia.

Gesell resalta la motricidad en su teoría tomándola como punto de partida para el desarrollo global de cualquier individuo. Agrupando las conductas motrices que va adquiriendo toda persona desde el momento de su nacimiento, llevando un registro cuidadoso y minucioso, observando lo que podemos considerar normal en cada etapa de desarrollo y como estas conductas motrices se van entrelazando para formar conductas cada vez más complejas.

Como se trata de pacientes psiquiátricos crónicos utilizaremos la teoría del conductismo de Skinner así como el valor de los reforzadores.

Por tratarse de una población que se encuentra dentro de una institución donde todos los usuarios presentan trastornos mentales crónicos, la consideramos una comunidad donde podíamos implementar un tratamiento bajo la idea de rehabilitación, utilizando los principios del trabajo con grupos y con los de la psicomotricidad, es decir, observando al individuo en una visión global del término "psicomotricidad", integrando áreas cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices expresándose en un contexto psicosocial.

Reuniendo todos estos elementos se conforma esta investigación, tratando de encontrar puntos de apoyo para probar si dicho Taller podía servir como otra herramienta de trabajo que beneficie a este tipo de sujetos.

RELEVANCIA SOCIAL

Se considera, que debido a la situación económica, política y social en que se vive, no sólo en esta ciudad sino en el resto del país, estos trastornos tienden a incrementarse (el caso específico de los trastornos ocasionados por uso y abuso de drogas y alcohol), por lo que deberán surgir programas también dentro de la asistencia social, que sirvan como inicio de rehabilitación psicosocial, brindando otra alternativa que beneficie tanto a la adaptación al CAIS, como eventualmente a la reintegración de algunos de ellos a la sociedad. Además de ayudar a evitar su deterioro físico, psíquico y social.

Por lo que ésta investigación podrá servir como una respuesta alternativa a un problema vigente, se considera además viable, debido a que se cuenta con los recursos físicos y humanos para dicho programa.

Consideramos que el papel del psicólogo se dirige en particular a la atención de cada individuo y en general a la interrelación individuo - sociedad, la problemática que se pretende abordar, está sujeta a los dos ámbitos: individual y social.

Teniendo en cuenta lo amplio del programa, resulta flexible para desarrollar nuevas opciones según se avance, determinadas siempre por las necesidades de los usuarios.

Se propone entonces esta investigación cuyo vehículo será el de un "Taller de Psicomotricidad".

Para ello trabajamos con pacientes psiquiátricos crónicos del C.A.I.S "Cuemanco" hombres entre los 18 y 65 años.

OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS

- Determinar si existe evidencia para considerar el Taller de Psicomotricidad como un instrumento de apoyo tanto en la rehabilitación física, como para mejorar la situación emocional y psicosocial de los usuarios en el CAIS "CUEMANCO".

MARCO TEÓRICO

Jean Piaget, Arnold Gesell y Skinner, explican de forma particular como se construyen funciones mentales, biológicas y madurativas. Si bien esta investigación se realiza con sujetos diferentes a los estudiados por ellos, estas teorías ayudan a entender como se desarrollan conductas de tal modo que al proyectar el Taller de Psicomotricidad sirvieran para trabajar con los usuarios, con objeto de tratar de evitar en lo posible un deterioro mayor del que actualmente presentan en sus capacidades físicas, psíquicas y sociales.

El desarrollo humano ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas que se basan en diversos supuestos acerca de cómo se adquieren las conductas nuevas. Estas tratan de explicar cómo se producen, el desarrollo, su naturaleza y sus causas, factores que lo favorecen o dificultan, la importancia relativa de factores biológicos y ambientales, aspectos del desarrollo más importantes para estudiar y con qué métodos, o cuales son las unidades de conducta a las que se debe prestar más atención.

Además se presenta material que habla de los trastornos psiquiátricos más comunes encontrados en la población con la que se trabaja, con objeto de definir y/o aclarar las características de los mismos.

Así, al conocer de la existencia del CAIS “Cuemanco”, del tipo de población y las necesidades de los usuarios, se considera que dichas teorías podían ser combinadas con algún método encaminado a ayudar a estos individuos con rasgos tan especiales.

LA TEORÍA DE PIAGET

Esta teoría ha tratado de explicar específicamente el proceso de desarrollo, referido especialmente a la formación de conocimientos. Piaget (1982), considera que desde el principio las conductas son complejas pero también aprecia que las formas complejas se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo.

El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de distintas estructuras. Para Piaget, la inteligencia ocupa un papel central en los procesos psíquicos y existe una continuidad total entre los procesos superiores y la organización biológica.

La inteligencia, como la vida, es una creación continua de formas que se prolongan unas a otras, pero esa continuidad hay que buscarla en el aspecto funcional y no en el estructural o de los contenidos del conocimiento. Según Piaget, el organismo es esencialmente activo y es a través de la conducta como va construyendo sus propias estructuras, tanto las biológicas como las mentales.

Es así que explica acerca de cómo el individuo se desarrolla a través de procesos adaptativos tanto físicos como mentales. Con ésta base y trasladándolo a los usuarios, se estima que estos procesos podrían apoyar en diversas situaciones de aprendizaje.

Plantea dos funciones biológicas generales: la organización y la adaptación.

Toda conducta es un proceso adaptativo que establece una interacción entre el organismo y el medio.

Desde el punto de vista biológico, el organismo se adapta construyendo materialmente formas nuevas y desde el punto de vista psicológico sucede lo mismo con la diferencia de que esas formas no son materiales.

La adaptación es un proceso que tiene dos momentos: la asimilación o acción del organismo sobre los objetos que le rodean, es decir, incorporación y transformación del medio y la acomodación o acción del medio sobre el organismo, que lleva consigo la transformación de éste.

La adaptación es inseparable de la organización y sólo puede adaptarse un todo organizado. La adaptación mental sólo es posible si el organismo tiene propiedades como un todo organizado. Exteriormente la organización de cada etapa del desarrollo puede ser muy distinta a las otras, pero hay propiedades permanentes (Piaget 1982).

En el momento del nacimiento el organismo dispone de una serie de conductas que pueden calificarse como reflejas y que son el material sobre el que se va a construir toda la conducta posterior. Esas conductas reflejas, tras consolidarse mediante el ejercicio, van a dar lugar a esquemas que se irán modificando en lo sucesivo de forma continua.

La noción de esquema es central en la teoría de Piaget (1982) y en las interpretaciones neopiagetianas. **Un esquema es un tipo de conducta estructurada susceptible de repetirse en condiciones no absolutamente idénticas.** Así, mediante el ejercicio, los esquemas se van a ir diferenciando en nuevos esquemas que a su vez darán lugar a otros esquemas diferentes.

El esquema permite incorporar el medio, es decir, actuar sobre él y al mismo tiempo, **esa asimilación se modifica dando lugar a esquemas nuevos mediante un proceso de acomodación.** La asimilación y acomodación, los dos aspectos del proceso adaptativo, son los responsables del desarrollo de la conducta (Piaget 1982).

Los esquemas se van haciendo más complejos, más diversificados, adoptan un orden jerárquico y se organizan, en sistemas que se denominan operaciones.

Las operaciones son acciones interiorizadas o interiorizables, reversibles y coordinadas en estructuras de conjunto. La idea de sistemas de conjunto es especialmente importante por cuanto que un esquema no permanece aislado sino que esta conectado con otros esquemas de acciones. De esta manera el sujeto va construyendo una representación de la realidad y va actuando sobre ella (Piaget 1985).

La fuente del conocimiento esta siempre en la actividad del sujeto que nunca es pasivo, sino que busca en el medio los elementos para modificar sus esquemas.

Diferencias entre los estadios.

Para Piaget, cada estadio está caracterizado por una estructura de conjunto que puede expresarse de una manera lógico - matemática y que traduce la organización subyacente de las acciones. Pero desde una perspectiva más funcional, cada uno de estos estadios se caracteriza igualmente por una manera de abordar problemas y de enfrentarse con el mundo circundante.

Durante el periodo sensoriomotor los intercambios del sujeto con el medio son puramente prácticos, motores, el niño sólo resuelve los problemas con acciones, sin que la representación desempeñe todavía un papel esencial en su conducta.

Durante el periodo de las operaciones concretas el sujeto va a ser capaz de realizar acciones más complejas. Pero todavía sin poder anticipar completamente las consecuencias de acciones no realizadas anteriormente. Esto hace que dependa

considerablemente de las apariencias perceptivas, que se deje engañar a menudo por éstas y que su capacidad de demostración sea todavía reducida.

Durante el periodo de las operaciones formales, el sujeto comienza a ser capaz de abordar los problemas, o al menos determinado tipo de problemas, de una forma científica.

Para dar cuenta de un problema el sujeto puede formular una hipótesis explicativa y tratar de comprobar si de hecho las previsiones se cumplen o no se cumplen. Depende entonces menos de la acción puesto que es capaz de anticipar sus resultados.

El problema de las edades en que se llega a cada uno de los estadios es secundario, lo fundamental es que el orden de sucesión de las adquisiciones permanece constante. Este es un hecho importante y los resultados experimentales obtenidos hasta hoy, incluso en otras culturas, tienden a confirmarlo. Quiere esto decir que es posible acelerar el ritmo del desarrollo del sujeto, pero no parece posible, por el contrario, cambiar el camino que recorre en estos aspectos generales a que nos referíamos antes y que son las formas de abordar los problemas.

También es preciso tomar en cuenta otra de las características de los estadios y es que en cada uno de ellos se conservan las adquisiciones anteriores, por ejemplo, en el estadio de las operaciones concretas se mantienen todos los progresos del periodo sensoriomotor, integrándose dentro de las adquisiciones de esa etapa. Así, el esquema del objeto permanente del periodo sensoriomotor constituye un elemento fundamental para todo el desarrollo ulterior y está en la base de las conservaciones de adquisiciones más tardías.

Además de esto, cada estadio está caracterizado por estructuras de conjunto, que permiten organizar los contenidos del conocimiento que el sujeto adquiere a lo largo de su aprendizaje, esos contenidos pueden variar, pero las estructuras se mantienen y están dando forma a todos los contenidos, de tal manera que un sujeto de una determinada edad que adquiere un conocimiento lo va a adquirir apoyándose en las estructuras que posee, es decir en sus conocimientos anteriores y en una determinada forma de abordar los problemas (Piaget 1985).

LA TEORÍA DE ARNOLD GESELL

Arnold Gesell (1989), expone que cada niño posee un modo único de desarrollo, sobre todo de caracterizar las diferencias individuales.

En condiciones normales, el crecimiento mental es un proceso de formación de patrones de conducta que determina la organización individual, llevándolo hacia el estado de madurez psicológica; este proceso lo podemos considerar tanto en el área física como mental.

En todas las formas de conducta subyace una progresiva organización neuromotriz. Esto produce su propio crecimiento.

Gesell A. y Amatruda C. (1994), consideran que a fin de comprender a cualquier niño, sea normal o no, se debe comprender su desarrollo. Sus maneras de madurar constituyen la suma y la sustancia de su conformación psicosomática. Sólo cuando

tomamos conciencia de estas maneras nos es posible planificar los procedimientos de orientación y control adecuados.

Desarrollo motor

Para Gesell (1989), los cinco primeros años de vida están estrechamente relacionados con el surgimiento de una profusa variedad de habilidades motrices gruesas y finas, a partir de las reacciones originarias. Lo interesante del desarrollo de estos complejos movimientos es que su carácter automático hace mayor su adaptabilidad a las exigencias nuevas.

La velocidad de perfeccionamiento en cualquier habilidad depende, en gran medida, de la capacidad del organismo para anticipar las respuestas mediante adecuados ajustes posturales, que no solo permiten una mayor libertad para la acomodación a las nuevas situaciones, sino que sirven también como preparación fundamental para el desarrollo de las nuevas habilidades superiores y más refinadas de los años posteriores.

En la misma medida en que todos los movimientos suponen adecuaciones al del organismo total a las condiciones del medio, todas las formas de la conducta motriz constituyen, en realidad, actividades posturales. En este sentido, cualquier forma de locomoción o prehensión es en esencia una serie estrechamente tejida de sucesivas adecuaciones posturales.

El desarrollo de la conducta vincula el incesante entretrejerse de patrones y de componentes de patrones.

Esto es:

- **El organismo está continuamente haciendo cosas nuevas, pero “aprende a hacerlas de una manera conocida”, es decir, reincorporando en un nivel superior lo que antes había recibido en otro inferior. Este proceso de reincorporación es el crecimiento mental.**

Es esta parte de la teoría, la que se considera que se puede trasladar a los sujetos de estudio, pues aunque Gesell realiza investigaciones sólo con niños, muchos de esos procesos se adecúan para trabajar con los adultos por lo que el Taller será precisamente exploratorio.

Principales campos de la conducta.

Conducta adaptativa.- Gesell (1989), la describe como “una categoría conveniente para aquellas variadas adecuaciones perceptuales, de orientación, manuales y verbales, que reflejan la capacidad del niño para iniciar las experiencias nuevas y sacar partido de las pasadas”, la considera como una respuesta instintiva o inteligente.

La adaptabilidad se refleja en todos los modos de conducta, ya sean motores, de lenguaje o personal – sociales.

Pero un niño puede tener una deficiencia motriz, un defecto de lenguaje o una adecuación social inapropiada y desempeñarse, sin embargo, con una adaptabilidad relativamente superior en aquellas situaciones en que la influencia del defecto es mínima.

El comportamiento del niño, es de valor significativo para apreciar su modo particular de reaccionar, ante cualquier situación que se le presente en la vida diaria y su manera de resolverla.

Conducta personal – social. - La expresión personal – social ha demostrado ser sumamente útil para describir, no solamente las formas de reaccionar del niño ante las situaciones sociales, sino también su manera individual y característica de reaccionar ante todas las situaciones, la conducta personal – social incluye primordialmente la conducta social, pero además y no en grado secundario los modos de conducta que caracterizan la propia personalidad individual del niño.

En realidad, **gran parte de la conducta personal – social es esencialmente personal antes que social. La conducta que se designa con la expresión personal – social no debe ser aislada para observarla. Dondequiera que tengamos un niño respondiendo a una situación cualquiera, ella se hará presente. Aparece en la conducta motriz, verbal y adaptativa; se observa en el hogar, en la escuela y en la calle.**

Gesell, A. (1989), comenta que en general, pueden observarse ciertas características específicas de cada edad, las cuales, una vez dispuestas en una graduación genética, representan un perfil de las tendencias evolutivas comunes a la mayoría de los niños y que determinan, en gran parte, el curso que habrá de seguir la conducta con la creciente madurez .

Los usuarios del CAIS, presentan cada uno diferencias individuales; edad, tiempo y profundidad del trastorno, además de que cada uno de ellos ya cuenta con una historia personal. Por lo que se encuentra aparentemente con pocos puntos de coincidencia. El taller explorará si a pesar de las diferencias entre cada uno de ellos se pueden encontrar puntos de apoyo, que permitan obtener resultados positivos.

LA TEORIA DE SKINNER B. F

Skinner B.F., (1977), centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta, en lo que el organismo hace. Se preocupa sobre todo por estudiar cómo a partir de las conductas con que nace el sujeto (reflejos incondicionados), se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento.

En ello consiste el aprendizaje, el proceso por el que se forman nuevas conductas. Los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales, a partir de conductas muy simples se constituyen otras cada vez más complejas por asociación entre ellas.

Esos mecanismos son también los mismos en niños y en adultos. Y lo que entendemos por desarrollo, puede reducirse a un proceso de incremento cuantitativo de conductas que cada vez se hacen más complejas. Al resultado del incremento cuantitativo no puede llamarse propiamente que existan estadios en el desarrollo.

Al administrar éste Taller, se observan elementos que podrían reforzar y/o extinguir las conductas deseadas.

A continuación se mencionan algunos conceptos utilizados en el taller:

Condicionamiento operante

Al fortalecimiento de la conducta que resulta de un reforzamiento se le llama: "condicionamiento". En el condicionamiento operante "fortalecemos" una operante en el sentido de hacer que la respuesta sea más probable o de hecho, más frecuente.

Propiedades cuantitativas.

No es fácil obtener una curva para el condicionamiento operante, ni aislar completamente una operante, ni eliminar todas las particularidades arbitrarias.

Extinción operante.

Cuando el reforzamiento deja de producirse, la respuesta ocurre cada vez con menos frecuencia según el proceso llamado "extinción operante".

Hechos Reforzantes.

Al tratar con semejantes en la vida diaria, en la clínica y el laboratorio, se necesita conocer cuán reforzante es un hecho determinado. A menudo se advierte hasta qué punto la conducta se ve reforzada por el mismo acontecimiento. A un organismo concreto en unas condiciones determinadas consistentes se le hace una prueba directa. Se observa la frecuencia de una respuesta seleccionada, se hace que un hecho sea contingente a ella y se observa cualquier cambio en la frecuencia. Si hay un cambio, se clasifica el hecho como reforzante del organismo en las condiciones presentes.

Estas podrían ser:

- El tipo de música (baile).
- El tipo de ejercicios.
- La convivencia en grupo.
- Su estado anímico.

La continuidad de la conducta.

Mediante el reforzamiento de ciertas instancias de su conducta levemente desusadas, el niño aprende a incorporarse, tenerse en pie, andar, coger objetos y llevarlos de un sitio a otro. Más tarde, a través del mismo proceso, aprende a hablar, cantar, bailar, jugar, en una palabra; a presentar el enorme repertorio que es característico de las personas adultas normales.

Cuando se observa la conducta en etapas posteriores, se considera conveniente distinguir entre distintas operantes que difieren entre sí por su topografía y producen consecuencias distintas. En este sentido, la conducta se divide en partes para facilitar el análisis.

Reforzamiento diferencial.

Aunque el reforzamiento operante se reduce siempre a un problema de seleccionar ciertas magnitudes de respuesta frente a otras, podemos distinguir entre producir una unidad nueva relativamente compleja y efectuar ligeros cambios encaminados a una mayor eficacia en una unidad existente, en el primer caso, el interés es por saber cómo se adquiere la conducta; en el segundo, cómo se perfecciona. Se trata de la diferencia entre "saber hacer algo" y "hacerlo bien". Esto último es una cuestión de habilidad.

La contingencia que mejora la habilidad es el reforzamiento diferencial de ciertas respuestas con propiedades especiales. Por ejemplo, al aprender a lanzar bien una pelota, ciertas respuestas deben hacer soltar la pelota de los dedos en el momento de

mayor empuje hacia delante. Estas respuestas son reforzadas diferencialmente por el hecho de que, cuando se ha soltado de este modo la pelota, recorre una distancia considerable. Otros casos en los que el acto de lanzar la pelota se realiza antes o después del momento apropiado no son reforzados de este modo.

En los juegos, oficios y ciertas ejecuciones artísticas, diferencias extremadamente sutiles en la ejecución de la conducta ocasionan importantes diferencias en las consecuencias.

El reforzamiento que desarrolla una habilidad debe ser inmediatamente, de no ser así se pierde la precisión del efecto diferencial. En muchos campos, se fomenta la conducta hábil dando cuenta rápidamente del resultado positivo.

Cuando se arroja un peso más allá de una línea determinada, cuando se salta el listón, cuando en béisbol se lanza la pelota más allá de la defensa (y cuando como resultado se bate una marca o se gana un partido), existe un reforzamiento diferencial.

Se utiliza el reforzamiento diferencial para modelar e intensificar la conducta de otros. El condicionamiento operante continúa siendo eficaz incluso cuando no existe ningún cambio posterior del que pueda hablarse como adquisición o incluso, como mejora de una habilidad. La conducta continúa teniendo consecuencias y estas siguen siendo importantes.

Estímulos discriminativos.

Estímulos discriminativos.- La conducta operante es emitida más que provocada. Se define contingencia diciendo que un estímulo (música), es la ocasión en que una respuesta (asistir al Taller), va seguida por un reforzamiento (mejorar su estado físico y anímico). El proceso a través del cual esto se consigue se llama discriminación. El medio ambiente social contiene gran número de tales contingencias. Una sonrisa es una ocasión en la cual el acercamiento social encontrará aprobación.

REFORZADORES

Olivares R. y Méndez C., (2001), clasifican diferentes tipos de reforzadores atendiendo a los siguientes criterios.

Reforzadores según el valor de su origen.

- Reforzador primario. Es cualquier estímulo que no tiene un aprendizaje previo, se incluyen aquí todos los estímulos que satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar físico de la persona como la comida o la bebida y esto depende del estado de privación o saciedad en que se encuentre el sujeto para que funcione como reforzador.
- Reforzador secundario. Son aquellos estímulos originalmente neutros que al ser asociados con reforzadores primarios adquieren su valor reforzante, por ejemplo; el decir "muy bien", no posee ningún valor reforzante, por lo que se puede elegir un momento para el entrenamiento, entonces se dice "muy bien" e inmediatamente después se da un dulce, de esta manera queda ligado un reforzador primario a un reforzador secundario. Los reforzadores secundarios dependen de la vida individual de reforzamientos de cada sujeto.

Reforzadores según su naturaleza.

- Reforzadores materiales o tangibles. Son todos los estímulos que se pueden ver, tocar, oler, comer, manipular, etc. Pueden ser productos que se consuman como dulce, frutas, postres, etc. También artículos como balones, muñecas, colores, etc. ***Estos tipos de reforzadores se han utilizado con niños o adultos con capacidad cognitiva deteriorada o limitada como psicóticos o deficientes para desarrollar conductas adecuadas.***

Premarck (1959), comenta que la aplicación de esta clase de reforzadores se basa en el principio de que cualquier actividad o respuesta de alta frecuencia puede servir como reforzador para una conducta de probabilidad menor.

- Reforzadores sociales: Son aquellas conductas que realizan otros individuos dentro de un determinado contexto social. Comprenden expresiones verbales positivas como elogios, alabanzas, felicitaciones, frases de ánimo, etc. Expresiones faciales como sonrisas, miradas atentas, guiño de ojo, etc. Contactos físicos como; besos, abrazos, caricias, palmadas en la espalda, apretones de mano, etc. Otros eventos como proximidad física, escuchar con atención, aplausos, etc.

Reforzadores según el proceso de reforzamiento.

- Reforzamiento extrínseco se refiere a que el proceso del reforzamiento es abierto, públicamente observable; como cuando el profesor felicita a un estudiante por una buena calificación.
- Reforzadores intrínsecos hacen referencia a un reforzamiento encubierto, como el estudiante que se siente orgulloso de sí mismo por haber obtenido una buena calificación en su examen.

Reforzadores según el receptor.

- Reforzadores directos es cuando el propio sujeto es el receptor del evento positivo.
- Reforzadores vicarios es cuando el sujeto no experimenta directamente el evento positivo, sino que observa a otro individuo como es reforzado, por ejemplo un niño observa como felicitan a un compañero de clase por haber obtenido buenas calificaciones.

Una vez revisadas las Teorías del desarrollo se considera conveniente obtener información acerca de los Trastornos Mentales más comunes dentro del Centro donde se efectúa la investigación.

TRASTORNOS MENTALES

El término “trastorno mental”, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

Para Marvin I. (2002), cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Para Zoch., C. (1999), actualmente la psiquiatría comunitaria es practicada de modo más abierto en diversos países, es el caso particular de México, adaptándose cada vez más a las necesidades de la población en los 3 niveles (1° Preventiva, 2° Tratamiento y 3° Rehabilitación).

En las últimas décadas se ha incrementado el número de personas sin hogar, la mayoría de ellas con pocos estudios que probablemente sufrieron abandonos y/o abusos en la infancia encontrándose sobre todo en áreas urbanas, situación ocasionada por múltiples factores.

Gran parte de los usuarios del CAIS "Cuemanco" presentan un patrón típico de canalización caracterizado por situaciones externas: los ingresos involuntarios, la obligación de realizar el tratamiento a causa de medidas judiciales alternadas con largos periodos de abandono y aislamiento.

De estos, muy pocos tienen lazos estrechos con las familias u otros grupos de soporte social, por lo que prácticamente no hay nadie interesado en el bienestar del paciente.

Karasu, B. (2003), afirma que las enfermedades mentales graves, contribuyen a la disfuncionalidad en muchos aspectos de la vida cotidiana, mal funcionamiento social y problemas en la ejecución de tareas que requieren cierto grado de planeación.

El caso específico de este documento es el de **trastornos mentales crónicos** en usuarios varones mayores de 18 años, indigentes en situación de calle que se encuentran en un programa de asistencia social.

La investigación que se aborda, contempla población que comprende características específicas y que en conjunto ofrece una oportunidad de observar los trastornos mentales en personas que no se encuentran recluidas en hospitales sino en un Centro estructurado para su atención.

Kaplan H. y Sadock B. (1987), mencionan que la conducta general se explora a través de cómo el individuo piensa, siente y actúa, el grado en que está atento y orientado, cómo observa y recuerda, de sus excentricidades personales y la forma como se relaciona con las demás personas, con su familia, en el trabajo, el juego y la comunidad.

Por lo que en este punto se introduce la descripción de los aspectos psicológicos que permiten evaluar mentalmente a una persona, según el Consejo Regional de Latinoamérica y del Caribe de Salud Mental (2006):

- 1.-Espontaneidad del discurso.
- 2.-Ritmo del discurso.
- 3.-Alteraciones del discurso.

- Incoherencia.
- Incongruencia.
- Fuga de ideas.
- Prolijidad.
- Bloqueo.
- Perseverancia.
- Coprolalia.
- Ecolalia.

- Tartamudeo.

4.-Alteraciones en el contenido del pensamiento.

- Fobias o miedos irracionales a determinadas situaciones u objetos.
- Ideas obsesivas persistentes y sin control voluntario.
- Ideas delirantes de tipo persecutorio.
- Ideas delirantes de tipo hipocondríaco.
- Ideas delirantes megalomanías.
- Ideas delirantes de tipo celotípico.
- Ideas delirantes de tipo religioso.
- Ideas de referencia.
- Pensamiento mágico.

5.-Contenido afectivo.

- Normal.
- Aplanamiento afectivo.
- Aislamiento afectivo.
- Tristeza.
- Ansiedad o angustia.
- Enojo o rabia.
- Pánico.
- Ambivalencia.
- Euforia.
- Exaltación.
- Afecto insuficiente.
- Labilidad emocional.
- Afecto inapropiado.

6.-Alteraciones de la sensopercepción.

- Ilusiones.
- Alucinaciones.
- Parestesias.
- Despersonalización.

7.-Alteraciones de la memoria.

- Amnesia.
- Hipoamnesia.

8.-Trastornos de la orientación.

- Desorientación de tiempo.
- Desorientación de lugar.
- Desorientación de persona.

9.-Despersonalización.

10.-Atención y concentración.

11.-Inteligencia.

12.-Grado de reconocimiento del problema. (SAPTEL y CRUZ ROJA MEXICANA 2006).

Una vez detallados los síntomas se ofrece una clasificación de Trastornos Mentales que se encuentran con más frecuencia dentro del CAIS "CUEMANCO".

Se engloban para este fin cuatro rubros de trastornos que representan de manera general los más comunes.

Haciendo la aclaración de que frecuentemente una persona puede presentar más de uno e incluso por tiempos pueden alternarse.

- 1.- RETRASO MENTAL.
- 2.- USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS.
- 3.- ESQUIZOFRENIA.
- 4.- DEPRESIÓN.

RETRASO MENTAL

Según Kaplan H. y Sadock B.(1987), la característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones de la actividad adaptativa propia en por lo menos algunas áreas de habilidades como; comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad. El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia, obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados y administrados individualmente.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI, bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental.

Wicks-Nelson e Israel A. (1997), comentan que existe un amplio grupo de personas cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente como para hacer frente a las exigencias del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente. Este tipo de personas han sido estudiadas desde tiempos históricos, siendo etiquetadas como "idiotas", "imbéciles", entre otros. Estos términos, fueron sustituidos por el de "retraso mental".

Las creencias y conceptos acerca del retraso mental han ido evolucionando con el paso del tiempo. En la actualidad, según la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), hace referencia a "limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente".

Se ha reconocido que existe una gran variabilidad en las aptitudes y comportamientos de las personas con retraso mental. Por consiguiente, se han establecido niveles de retraso generalmente en función del CI. Según el DSM-IV y el CIE-10, pueden especificarse cuatro grados de intensidad de retraso mental: Leve, moderado, grave y profundo.

Retraso mental leve (CI entre 50-69):

Esta categoría constituye la mayoría de los retrasados mentales (aproximadamente el 85%). En el período preescolar adquieren las habilidades sociales y de comunicación y no muestran deterioro en las actividades motoras o el déficit es pequeño. A menudo no se distinguen de los niños normales sino hasta años después. Su inteligencia subnormal se manifiesta en los años escolares, ya que tienden a retrasarse respecto a su grupo de edad. Si perseveran están en condiciones de aprender los conocimientos académicos, alcanzando en la adolescencia un desarrollo intelectual equivalente al de sexto grado. Durante su vida adulta suele aprender los conocimientos vocacionales indispensables para lograr independencia económica (Wicks-Nelson e Israel A. 1997)

Retraso mental moderado (CI entre 35-49):

Este grupo constituye alrededor del 10% de los retrasados mentales. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan supervisión permanente. Aprovechan poco la enseñanza escolar, pero si reciben clases especiales pueden aprender lo esencial de escritura, lectura y cálculo y aprender otras destrezas sociales y ocupacionales. En la adultez rara vez obtienen independencia total, pero suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si las tareas son estructuradas y se les supervisa de modo adecuado. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica (Wicks-Nelson e Israel A. 1997)

Retraso mental grave (CI 20-34):

Este grupo incluye el 3-4% de los individuos con retraso mental. Es muy similar al retraso mental moderado. Hay un desarrollo motor anormal, un nivel mínimo del habla y muy a menudo deformidades físicas. Aprovechan menos la instrucción escolar comparados con los de retraso mental moderado, aunque con el tiempo pueden aprender palabras y frases sencillas, así como hábitos de higiene y arreglo personal. En la edad adulta aprenden a ejecutar tareas ordinarias, pero necesitan completa supervisión y apoyo económico (Wicks-Nelson e Israel A. 1997)

Retraso mental profundo (CI inferior a 20):

Este grupo incluye aproximadamente el 1-2% de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica

identificada que explica el retraso mental (DSM-IV). Durante los primeros años de la niñez desarrollan alteraciones del funcionamiento sensoriomotor bastante graves, por lo que su movilidad es muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Requieren de ayuda adulta y supervisión constantes .

En la siguiente tabla se resumen los cuatro niveles de retraso mental de acuerdo al CI, tomando en cuenta el porcentaje de todos los retrasados mentales.

Grado de retardo	Límites de CI (Según CIE-10)	Porcentaje de todos los retardados mentales (según DSM-IV)
Leve	50-69	85 %
Moderado	35-49	10 %
Grave	20-34	3-4 %
Profundo	Inferior a 20	1-2 %

ETIOLOGIA DEL RETRASO MENTAL

Este sistema de clasificación lo creó la AAMR (ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL).

Según las causas del retraso mental, se pueden distinguir dos categorías muy generales: una incluye a todas aquellas personas sobre las que hay pruebas fehacientes de que sus incapacidades mentales se deben a una causa orgánica específica como, por ejemplo, a un desorden en el metabolismo cerebral o una lesión específica del sistema nervioso. A estos sujetos se les llama orgánicamente retrasados. A esta categoría pertenecen las personas con retraso mental moderado, grave y profundo.

La segunda categoría es mucho más amplia e incluye a aquellas personas en las que no se advierte ninguna causa orgánica para sus reducidas capacidades intelectuales. A esta última categoría pertenecen las personas con retraso mental leve.

El retraso mental se asocia a un gran número de entidades patológicas que afectan al organismo en sus primeras etapas de crecimiento y desarrollo, las cuales –incluso– parecen ser heterogéneas entre sí. Se les ha clasificado de diversas maneras, las más comunes son dos:

- A veces se clasifica el retraso mental en términos de la relación temporal entre el factor nocivo y el nacimiento; de esta forma se dividen los casos cuya causa se encuentra antes del nacimiento, durante el parto y después del nacimiento.
- El otro sistema de clasificación es un poco diferente, el cual clasifica las causas de acuerdo a la existencia de componentes genéticos, desórdenes metabólicos, intoxicaciones, infecciones, problemas en los cromosomas, entre otros (Ingalls R. 1982.)

CAUSAS ORGANICAS DEL RETRASO MENTAL MODERADO

Principales categorías de las causas del retraso mental moderado según la AAMR.

- Infecciones e intoxicaciones.
- Traumas o agentes físicos

- Desórdenes del [metabolismo](#) y nutrición
- Anormalidades cromosómicas
- Infecciones e intoxicaciones

A. Infecciones prenatales.

Una infección es una enfermedad o un desorden causado por microorganismos como por ejemplo, [virus](#) o [bacterias](#). Algunas veces estos microorganismos atacan el [sistema nervioso](#), dando como resultado el retraso mental, especialmente si lo atacan en el período prenatal. Ejemplos de [enfermedades](#) infecciosas prenatales son la rubéola y la [sífilis](#) (Noyes A. 1975.)

Rubéola: Es la más frecuente y seria de las diversas infecciones prenatales que pueden terminar en retraso mental, ya sea moderado, grave o profundo; o también puede causar anomalías congénitas como sordera, cataratas y malformaciones cardíacas. El [virus](#) de la rubéola cruza la placenta e infecta al embrión; se ha encontrado que existe una relación directa entre el período en que ocurre la infección materna y la frecuencia con que aparecen las anomalías ya mencionadas. Si la madre se infectó en el primer mes de [embarazo](#), aproximadamente la mitad de los [niños](#) son anormales.

Sífilis: Es una infección venérea normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios. Este virus ataca a cualquier órgano o sistema, llegando a lesionar cualquier tipo de tejido. Afecta principalmente al [sistema nervioso central](#) y provoca un deterioro cerebral progresivo (Davison y Neale, 1980)

B. Infecciones postnatales.

Aunque el retraso mental moderado tiene su origen generalmente antes del nacimiento o durante el [parto](#), se puede dar el caso de que un niño nazca con un sistema nervioso intacto y que se convierta en un retrasado mental en algún momento después de nacer como resultado de alguna lesión o infección del [cerebro](#). La causa más común de daño neurológico postnatal es una infección. Entre las [enfermedades](#) más comunes producidas por éstos, se encuentra la meningitis y la encefalitis.

Meningitis: Es una inflamación de la meninges, es decir, de las membranas que protegen al [cerebro](#) y la médula espinal. Su causa puede ser la infección por diferentes tipos de microorganismos. Esta enfermedad puede causar [la muerte](#), sin embargo si el niño sobrevive puede no quedar gravemente retrasado, diagnosticándosele retraso mental moderado.

Encefalitis: Es una infección del cerebro mismo y también con frecuencia causa retraso mental moderado. Puede ser causada por el virus Arbovirus, transmitido por los mosquitos infectados, aunque también puede responder a otras causas. Puede afectar al sistema nervioso, inflamar la médula espinal y el cerebro.

1.2 Intoxicaciones

Otra categoría de causas del retraso mental moderado son las intoxicaciones, mejor conocidas como envenenamientos. Esta categoría incluye los desórdenes en los que

una sustancia extraña entra en el sistema del niño ya sea antes o después de nacer y le causa daño permanente de algún tipo (Ingalls R. 1982).

Anticuerpos maternos: Hay un gran número de circunstancias en que la madre produce anticuerpos que atacan las células sanguíneas del feto en desarrollo y le causan lesión cerebral, retraso mental y con frecuencia la muerte. La intoxicación más común en este caso es producida por el factor Rh. Estos están presentes en los glóbulos rojos de la sangre. Cuando la sangre de un feto contiene factores Rh siendo la sangre de su madre Rh negativa, es decir, sin factores Rh, estas sustancias llegan por primera vez a la sangre de la madre por el feto. La madre produce anticuerpos que, al penetrar a su vez en la corriente sanguínea del feto, destruyen los glóbulos rojos de su sangre privándola de oxígeno (Davison y Neale, 1980).

Envenenamiento por plomo: Aunque la mayoría de causas del retraso mental moderado tienen su origen en desórdenes previos al parto, una de las más importantes enfermedades tóxicas que se contraen después del nacimiento es el envenenamiento por plomo. Proviene de la ingestión de fragmentos de pintura a base de plomo que se encuentran en viviendas muy antiguas, por lo que afecta sobre todo a los niños más pobres (Martín B. 1985).

2.- Traumas y otros agentes físicos

Una segunda categoría de causas de retraso mental moderado es la de los traumas y las lesiones físicas. A diferencia de las otras causas orgánicas de este retraso mental que tienen su origen en condiciones previas al nacimiento, la lesión física no ocurre durante el período prenatal debido a que el feto está protegido por la madre. Cuando hay más probabilidad de que ocurra una lesión física es en el período perinatal y postnatal

2.1. -Desórdenes vinculados con el proceso de parto

La causa traumática principal de retraso mental, ya sea moderado, grave o profundo, durante el período perinatal es la anoxia.

Anoxia. Cuando el niño se desprende del sistema circulatorio de la madre ya no dispone de la fuente de oxígeno dependiente y tiene que respirar por sí mismo por primera vez. Las células necesitan de un suministro constante de oxígeno para poder funcionar y si el niño se priva de oxígeno, aunque sea solamente unos cuantos minutos, las células empiezan a morir. Las células cerebrales son las primeras en sucumbir y tienen la característica de ser irremplazables. Entre más células sean dañadas y entre más tiempo pase el niño sin oxígeno, así será el nivel de retraso que tendrá (Monografías.com.).

2.2 Trauma postnatal

Después de las infecciones, la causa más frecuente del retraso contraído después del parto es la lesión física de cualquier tipo, que puede provenir de algún accidente o de una agresión deliberada.

3.-Desórdenes del metabolismo.

Una tercera categoría de causas de retraso mental moderado son las indisposiciones que resultan porque el niño no está asimilando debidamente lo que come por razón de algún desorden de herencia.

3.1 Desórdenes metabólicos por herencia.

Fenilcetonuria. Ocasionalmente nace un niño con incapacidad heredada para realizar debidamente el metabolismo o asimilación de uno o más de los aminoácidos esenciales, los cuales son elementos básicos de las proteínas. El desorden más importante es el llamado Fenilcetonuria, abreviado como FCU (Ingalls R. 1982).

4. Anormalidades cromosómicas.

Esta es una de las categorías más importantes de síndromes orgánicos relacionados con el retraso mental moderado. Todos los seres humanos poseen 46 cromosomas en cada célula de su cuerpo, los cuales se pueden dividir en 23 pares. Algunas veces un individuo nace con algo más que la dosis normal de cromosomas, generalmente con 47, otros con 48 o más, o a veces con 45. La presencia de estos cromosomas adicionales da como resultado varias anormalidades, entre la más común se tiene la inteligencia deficiente.

Síndrome Down. Es el síndrome de anormalidades cromosómicas que con mayor frecuencia causa el retraso mental (ya sea moderado, grave o profundo). Estos niños rara vez tienen un CI mayor a 50. Durante la primera etapa del desarrollo del óvulo, ambos cromosomas del par 21 no se llegan a separar, por lo cual este vigésimo primer par de cromosomas tendrá tres cromosomas en lugar de dos. Este fenómeno se llama trisomía 21 (Noyes A. 1985).

Síndrome de Klinefelter: Este tipo de padecimiento se debe a anomalías cromosómicas sexuales y afectan sólo a los hombres. La mayoría de ellos tienen 47 cromosomas, lo cual se debe a un arreglo XXY y no uno normal XY. Parece ser que no todas estas personas llegan a padecer retraso mental, al menos no más del 25% y lo son en un grado moderado o leve, pero no grave (Noyes A. 1985).

CAUSAS CULTURALES-HEREDITARIAS DEL RETRASO MENTAL

En este tipo de retrasados no aparecen causas orgánicas (médicas o biológicas), evidentes que justifiquen sus dificultades. A estas personas se les suele llamar como culturalmente retrasados, retrasados familiares o funcionales. El retraso de estas personas es leve y se supone que se debe a las condiciones sociales y psicológicas, en vez de factores biológicos (Monografías.com.).

TRATAMIENTO

Debido a que el retraso mental moderado se debe especialmente a causas orgánicas específicas, el sujeto nunca puede llegar a recuperarse y rara vez puede llegar a fortalecer el funcionamiento intelectual. Sin embargo existen formas de tratamiento que, aunque no van encaminadas a resolver el trastorno, sí pueden trabajar con los síntomas médicos y conductuales del retrasado, y también con aquellos aspectos psicológicos y emocionales que los acompañan (Kaplan H y Sadock B (1987).

Medicación.

Los medicamentos van dirigidos a tratar los síntomas médicos y conductuales de los retrasados mentales, debido a que no existen medicinas que fortalezcan el funcionamiento intelectual. Las medicinas psicotrópicas pueden aliviar muchos

problemas del comportamiento que coexisten con el retraso moderado, incluyendo la ansiedad, los trastornos afectivos, la sobreactividad, las conductas de agresión, el comportamiento psicótico entre otros.

Psicoterapia individual, grupal y familiar.

La aplicación de la psicoterapia a personas retrasadas esta destinada a fomentar al máximo la eficiencia de la conducta y el desarrollo de la personalidad. Para tratar el retraso mental moderado se pueden incluir las terapias individuales "habladas", debido a que, a pesar de que estos sujetos presentan problemas del lenguaje, pueden llegar a expresarse verbalmente, a diferencia del retraso mental grave y profundo. Sin embargo, este tipo de terapias puede necesitar de alguna modificación. Por ejemplo el tipo de terapia debe ser directiva, con objetivos específicos determinados; el lenguaje debe ser muy claro y sencillo y pueden utilizarse técnicas no verbales ante dificultades de comunicación (como por ejemplo juegos).

Con respecto a las terapias grupales, el centro de atención se enfoca en la familia. El contacto con los padres puede ser importante para ayudarles a que se adapten a su hijo. Muchas veces los padres de niños con retraso mental no pueden afrontar eficientemente el problema, lo cual repercute en el desarrollo futuro del niño. Incluso algunos autores llegan a afirmar que muchas personas con defectos mentales están más incapacitadas por sus dificultades emocionales que por su déficit intelectual.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS.

Dentro de este punto se encuentran los trastornos relacionados con el uso y abuso de sustancias tóxicas permitidas, comunes e incluso controladas.

Nos encontramos que en el CAIS "CUEMANCO" estos trastornos son los más frecuentes, aún cuando generalmente van acompañados de algún otro trastorno y es difícil determinar con cual inició.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.

Según Steven M.(2003), las psicosis tóxicas pueden ser causadas por la ingestión, la inhalación o el contacto continuo con una gran variedad de sustancias. Los síntomas mentales dependen no sólo del agente tóxico, sino de las condiciones en las que la persona entra en contacto con el agente. La personalidad, la experiencia anterior, la edad y otros atributos del paciente son también factores importantes. Las sustancias tratadas son alcohol, alucinógenos, anfetaminas o simpaticométicos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina o ariclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Para Marvin I. (2002), El alcohol comparte propiedades con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, la cocaína comparte propiedades con las anfetaminas y sustancias de acción similar.

Steven M.(2003), las sustancias volátiles se clasifican como "inhalantes", si se usan con el propósito de intoxicarse, o "toxinas" si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado. El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

- Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso).
- Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Steven M.(2003), comenta que los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas de abstinencia son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos).

La dependencia se define cumpliendo 3 o más de los siguientes síntomas:

- Tolerancia, es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis, el grado en que se desarrolla la tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas.
- La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas varían según la clase de sustancia.
- El sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida.
- El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
- El sujeto dedica mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos, en algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

- El sujeto puede abandonar las actividades familiares o hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia.

El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa (Steven M.2003).

HISTORIA NATURAL Y CURSO.

Marvin I. (2002), afirma que es frecuente que las experiencias iniciales respecto al consumo de sustancias se produzcan antes de la pubertad. En las fases tempranas del consumo, generalmente los individuos que realizan un consumo ocasional y que luego presentarán un trastorno por consumo de sustancias son indistinguibles de los demás en cuanto al tipo y frecuencia del consumo de sustancias.

Sin embargo, el inicio temprano y/o consumo regular de drogas que constituyen “puertas de salida”, como el alcohol, marihuana o nicotina y el temprano comportamiento agresivo, alteraciones intrafamiliares y asociación con otros compañeros que consumen las sustancias, contribuyen a producir y predicen el consumo continuado de las sustancias y la posterior aparición de abuso y dependencia.

En la mayor parte de los casos la aparición de los trastornos por consumo de sustancias se produce a finales de la segunda y principios de la tercera década de la vida.

La preferencia por una droga se establece como consecuencia de diversos factores, como la moda actual, la disponibilidad, las influencias de otros compañeros y factores biológicos y psicológicos individuales. Las diferencias entre los sexos en cuanto a la preferencia por las drogas (consumo de heroína en los hombres, consumo de sedantes/hipnóticos y benzodiacepinas en las mujeres), ha disminuido algo a lo largo de las dos últimas décadas.

Aunque el abuso y la dependencia de sustancias parecen agruparse en familias, parte de este efecto puede explicarse por la distribución familiar simultánea del trastorno de personalidad antisocial, que puede predisponer a los individuos a la aparición de estos trastornos. Los factores genéticos afectan realmente el riesgo de aparición del alcoholismo, en especial en los hombres con familiares biológicos hombres que son también alcohólicos y en menor medida en las mujeres con unos antecedentes familiares importantes del trastorno (Marvin I. 2002).

En muchos pacientes la dependencia de sustancias tiene un curso crónico, que ha menudo dura años. Hay periodos de consumo mantenido intercalados con periodos de remisión parcial o completa. Aunque algunos individuos son capaces de mantener periodos prolongados de evitación de la droga sin un tratamiento formal, el abandono del consumo de la sustancia o los periodos de reducción considerable del mismo es más probable que se mantengan en los pacientes que son capaces de participar de manera activa en un tratamiento formal y/o en grupos de autoayuda (por ejemplo A.A.).

Durante los primeros años de tratamiento, la mayor parte de los pacientes con una dependencia de sustancias continúan presentando recaídas, aunque con una frecuencia cada vez menor. El riesgo de recaída es máximo en los 12 primeros meses siguientes al inicio de una remisión. Muchos pacientes experimentan varios ciclos de

remisión y recaída antes de darse cuenta que no les es posible mantener un consumo “controlado” de la sustancia. Con independencia del lugar de tratamiento o de las modalidades terapéuticas utilizadas, la frecuencia, intensidad y duración de la participación en el tratamiento presentan una correlación positiva con un mejor resultado del mismo.

EPIDEMIOLOGÍA.

Según Marvin I. (2002), las estimaciones realizadas del número de usuarios de alcohol y/o drogas aumentan. Por lo que necesitan un tratamiento por trastornos por consumo de drogas. Hay otras personas que necesitan de forma clara o probable un tratamiento por trastornos por consumo de alcohol. De ellos, aproximadamente dos terceras partes son hombres y alrededor de un tercera parte presentan de forma simultánea más de un trastorno por consumo de sustancias.

Los trastornos por consumo de sustancias se asocian a un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad, en especial en los hombres. Cada año, la dependencia de sustancias distintas de la nicotina es la causante, de manera directa o indirecta, de al menos un 40% de todos los ingresos hospitalarios y aproximadamente un 25% del total de muertes. Dos terceras partes de estos fallecimientos se producen en individuos con una dependencia de la heroína o la cocaína y casi un 40% se dan en personas entre 30 y 39 años de edad.

Los trastornos por consumo de sustancias ejercen también una profunda influencia en las personas que están en contacto con estos individuos. Así por ejemplo, la mitad de las muertes que se producen en la carretera corresponden a un conductor o peatón intoxicado y más del 50% de todos los casos de violencia doméstica se dan bajo la influencia de drogas ilegales o del alcohol.

LOS ESTIMULANTES

Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño, producen una sensación de energía incrementada y con dosis elevadas, estados de excitación extrema.

Para Steven M. (2003), las sustancias estimulantes se encuentran en las anfetaminas, la cocaína, la estricnina, el café, el té, el chocolate y la nicotina. Esta última combina efectos estimulantes y depresores.

Los estimulantes se dividen en agentes menores y mayores. Los *estimulantes menores* incluyen el café, el té y el chocolate, todos ellos parecidos en su estructura química, porque son metilxantinas. Su patrón de abuso es bastante estereotipado y por demás frecuente. Probablemente sean las drogas psicoactivas más utilizadas en el mundo, sobre todo si incluimos los refrescos, algunos analgésicos y remedios contra la gripa que contienen cafeína.

Existen personas que toman tanto café que se les puede considerar como crónicamente intoxicadas, mientras que otras son particularmente sensibles: una sola taza de café les produce ansiedad, irritabilidad, insomnio, sudoración, taquicardia y hasta diarrea. Hay informes sobre ataques de pánico en sujetos susceptibles después de haber tomado tres o cuatro tazas de café fuerte.

El abuso de café, té o chocolate no se ha caracterizado en términos de adicción, sin embargo, existen referencias acerca de la aparición del síndrome de abstinencia después de suspender bruscamente la ingesta prolongada de grandes dosis de estas xantinas. Usualmente este síndrome se manifiesta con periodos de depresión, somnolencia, astenia y adinamia (flojera) que no son graves y desaparecen gradualmente.

No se ha establecido una relación directa entre el consumo de café y el riesgo de cáncer o defectos genéticos (malformaciones congénitas), sin embargo, sí se ha visto que el café puede disminuir la probabilidad de embarazo, aumentar el riesgo de aborto espontáneo y de bebés con peso más bajo que los de madres que no tomaron café durante el embarazo. Otra relación clara entre el consumo de café y el riesgo de enfermedades cardíacas ha sido detectada a aquellos individuos que consumen más de cinco tazas de café diariamente dos y media veces más probabilidad de sufrir insuficiencia coronaria y niveles altos de colesterol que personas que no toman café (Steven M. 2003).

De los *estimulantes mayores*, la cocaína y las anfetaminas representan las sustancias de abuso más frecuente. Referidas en términos urbanos como *speed*, han sido tomadas, fumadas e inyectadas por sujetos adictos.

El abuso de las anfetaminas fue importante en los años 60 y 70 cuando su disponibilidad era más fácil, pues no se requería prescripción médica para adquirirlas. Después disminuyó su uso reservándose para casos de obesidad, narcolepsia o hiperactividad.

Steven M. (2003), menciona que existen numerosas sustancias con efectos catecolaminérgicos que actúan por medio de mecanismos similares a los de las anfetaminas, pero cuyos efectos son mucho menos marcados que los de éstas. En este caso se encuentran algunas gotas para la nariz que contienen efedrina, fenilefrina, pseudoefedrina, fenupropanolamina, propilhexedrina, nafazolina, tetrahidrozolina, oximetazolina o xilometazolina.

El abuso de las anfetaminas adquiere en ocasiones un carácter compulsivo. El adicto se inyecta grandes dosis de la droga —usualmente metanfetamina— aumentando progresivamente la frecuencia de administración y la cantidad. Al principio, el sujeto se siente con mucha energía, entusiasta, dinámico, feliz, confiado, optimista y hasta poderoso; duerme poco y se complica en proyectos ambiciosos, tiene dilatación pupilar, boca seca y aumento de la temperatura. Después del primer día, y a medida que aumenta la dosis, los efectos tóxicos empiezan a aparecer: confusión, desorganización de la conducta y del pensamiento, repetición de actos sin sentido, irritabilidad, nerviosismo, miedo. Después de algunos días de consumo repetido puede haber crisis de psicosis paranoica con actitudes agresivas y antisociales gratuitas, sin razón aparente, e incluso alucinaciones.

Al final de estos periodos, que duran usualmente de cinco a siete días, el sujeto duerme largo tiempo, hasta varios días, y al despertarse se muestra aletargado, hambriento y bastante deprimido. Usualmente estas personas se automedican con varias drogas, de manera que buscan combatir los efectos colaterales de un fármaco con los efectos primarios de otro, complicando las consecuencias (Steven M. 2003).

Según Rosovsky H. (2002), el abuso de cocaína ha ido incrementándose de manera alarmante, en los países desarrollados y en ciertos estratos de la población de países menos desarrollados. Los usuarios de cocaína describen sus efectos euforizantes en

los mismos términos que con las anfetaminas; sin embargo, la duración de su efecto es breve; su vida media es de alrededor de 50 minutos, mientras que la de las anfetaminas es de cerca de 10 horas, y la de la metanfetamina de cinco.

El patrón de uso de la cocaína es variable: la droga se vende en forma de polvo, el clorhidrato, frecuentemente mezclado con manitol, algún azúcar (lactosa, dextrosa, sacarosa), inositol, quinina o procaína. Esto con objeto de "alargar" o "cortar" la cantidad de cocaína pura que se le vende al cliente. Su vía de administración usual es la nasal, aunque también se ha utilizado inyectada o inhalada (a ésta última forma se le llama *crack*).

El uso de la cocaína es al inicio intermitente, pero se ha estimado que del 20 al 25% de los sujetos que tienen la posibilidad de adquirir la droga se vuelven usuarios regulares y dependientes. Los efectos iniciales de la droga, aumento de la energía del sujeto y de su sociabilidad, se ven reforzados por el medio social, pero a medida que la dependencia avanza, el reforzamiento social disminuye y es sustituido por el relacionado con la droga (Rosovsky H. 2002).

Además de la administración nasal, la cocaína se consume en forma pura o como pasta, en ambos casos inhalada en pipas o en cigarrillos. Estas formas producen una adicción más intensa y de presentación más rápida (¡en ocasiones, después de una o dos exposiciones!) que cuando se aplica el alcaloide por la nariz.

Cuando se fuma cocaína pura, el llamado *crack*, llega al cerebro en 8 o 10 segundos, produciendo una sensación de calor que se describe como intensamente placentera. Este efecto dura sólo de tres a cinco minutos, seguido de una depresión que puede durar de 10 a 40 minutos (Rosovsky H. 2002).

El *crack* y otros tipos de cocaína pura pueden ocasionar la muerte en sujetos susceptibles: por hemorragia cerebral (producida por el aumento brusco de la presión arterial), por bloqueo de la conducción nerviosa del corazón, trastornos del ritmo, infarto del miocardio, por insuficiencia cardiopulmonar, coagulación intravascular, insuficiencia hepática o renal, convulsiones y depresión respiratoria (Rosovsky H. 2002).

La cocaína disminuye el umbral convulsivo, siendo las convulsiones la complicación neurológica más frecuente.

Las mujeres que consumen cocaína durante el embarazo son más susceptibles a tener abortos espontáneos en el primer trimestre y ocurrir muerte fetal en el último trimestre. La ingestión de cocaína puede causar el inicio brusco de contracciones uterinas e hiperactividad fetal (Rosovsky H. 2002).

Entre los sujetos que usan frecuentemente la cocaína no es raro el reporte de alucinaciones táctiles y visuales (tics), paranoia y alteración de la conducta.

La cocaína tiene un potencial de abuso importante y la dependencia psíquica se establece rápidamente: mientras más se usa, más se desea. La interrupción brusca del consumo prolongado de la droga se acompaña de depresión, angustia, intensa preocupación por conseguir el fármaco y después por fatiga y necesidad de dormir. Al despertar, el sujeto está hambriento pero sigue somnoliento, deprimido e incapaz de sentir placer. El estado de ánimo se recupera al cabo de algunos días, aunque la depresión puede persistir por algunas semanas. Este cuadro, aunque no se ha considerado como de abstinencia verdadera, puede conducir al sujeto a continuar el

uso de la droga con tal de evitar su aparición. Los estados de dependencia psíquica y física a la cocaína, sin embargo, son indudables (Rosovsky H. 2002).

El patrón de abuso de estos agentes depresores es diverso. Los barbitúricos se consumen entre adictos, combinados con opioides, para prolongar el efecto narcótico y en alcohólicos, para combatir un cuadro de abstinencia, algunos los combinan con anfetaminas, mezcla que produce extrañamente, mayor elevación del estado de ánimo que la inducida por estas drogas administradas por separado. Se abusa tanto de los barbitúricos como de las benzodiazepinas para combatir el insomnio (Rosovsky H. 2002).

Las personas con este tipo de adicción buscan mantener un estado de intoxicación leve todo el tiempo, parecida a la que producen niveles moderados de alcohol. Son individuos que pueden cambiar bruscamente de estado de ánimo y volverse irritables, agresivos y busca pleitos.

La tolerancia y la dependencia física a los barbitúricos se desarrollan con una velocidad que depende de la dosis: a mayor dosis, mayor tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia más grave. La tolerancia que se desarrolla a las benzodiazepinas es más de tipo farmacodinámico que metabólico. Es decir los tejidos "ajustan" su sensibilidad a la existencia continua del fármaco y no es que éste se metabolice más rápido. Esto quiere decir que la dosis letal es similar en todos los casos, tanto en sujetos tolerantes como no tolerantes.

física a los barbitúricos se desarrollan con una velocidad que depende de la dosis: a mayor dosis, mayor tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia más grave. La tolerancia que se desarrolla a las benzodiazepinas es más de tipo farmacodinámico que metabólico. Es decir, los tejidos "ajustan" su sensibilidad a la existencia continua del fármaco y no es que éste se metabolice más rápido. Esto quiere decir que la dosis letal es similar en todos los casos, tanto en sujetos tolerantes como no tolerantes (Rosovsky H. 2002).

El síndrome de abstinencia es también notablemente similar con todos los depresores, incluido el alcohol. Consiste en sus formas leves, en un rebote del efecto depresor, con insomnio, irritabilidad, ansiedad, aumento de la duración del sueño MOR y anomalías electroencefalográficas de tipo irritativo. Cuando el cuadro es grave, se manifiesta con delirio y convulsiones tonicoclónicas, que se convierte en una verdadera emergencia médica. Los pacientes epilépticos que suspenden súbitamente su medicación anticonvulsiva a base de fenobarbital son particularmente susceptibles a presentar un cuadro grave de abstinencia.

El síndrome de supresión a las benzodiazepinas consiste en insomnio, inquietud, mareo, náusea, dolor abdominal, sudoración, hipersensibilidad a la luz y al sonido, dolor de cabeza y contracciones musculares involuntarias. Se han reportado también casos de crisis convulsivas (Rosovsky H. (2002).

Este síndrome puede persistir días o semanas. La manera de tratarlo es disminuir lentamente la dosis, o administrar un sustituto de acción prolongada, junto con medidas de apoyo, como vitaminas, minerales e hidratación.

Los bebés nacidos de madres dependientes también pueden manifestar un síndrome de abstinencia parecido al del adulto, aunque más leve. Éste se alivia con la administración del mismo agente que produjo la dependencia.

La fenciclidina ha desarrollado una reputación de droga peligrosa por los reportes de conducta violenta y agresiva asociados a su consumo. Sin duda, es un problema controlar a sujetos que están bajo la influencia de un fármaco que los hace sentir más fuertes y por cuyos efectos las maniobras usuales de contención no resultan por que no se les puede producir dolor alguno. La fenciclidina puede provocar estados psicóticos que recuerdan casos de esquizofrenia y que pueden prolongarse hasta por varias semanas. Durante ellos se han presentado episodios de violencia inducidos por sensaciones de paranoia intensa. El tratamiento de la intoxicación consiste en medidas de conservación de los signos vitales y administración de ansiolíticos tipo benzodiazepina y haloperidol —más no de tranquilizantes de la familia de las fenotiazinas—para el control de la agitación (Rosovsky H. (2002).

EL ALCOHOLISMO, COMO ADICCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al síndrome de dependencia al alcohol como: “ ... estado psíquico y usualmente también físico, resultado del consumo de alcohol, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen la compulsión para consumir alcohol en forma continua o periódica con objeto de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar las molestias de su ausencia; la tolerancia puede o no estar presente”.

Marvin I (2002), define al alcoholismo como una alteración conductual crónica, manifiesta por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en exceso de los usos dietéticos y sociales de la comunidad y hasta el punto de interferir con la salud del bebedor o con su vida económica o social.

En este sentido, el alcoholismo puede considerarse como una *enfermedad*.

Según Marvin I. (2003), la ingestión prolongada de grandes dosis de alcohol puede producir daño estructural en órganos como el corazón, el cerebro y el hígado, entre otros. El alcohol produce toxicidad directa en el músculo cardíaco, produciendo alteraciones del ritmo y hasta insuficiencia cardíaca congestiva. Los efectos en el hígado se aprecian claramente en varias fases que conducen a la cirrosis. Al principio, la acumulación intracelular de grasa, después una fase inflamatoria, seguida de muerte celular que provoca cicatrices. El tejido fibroso de estas cicatrices interfiere aún más con la función de las células hepáticas que quedan. La cirrosis significa, pues, los cambios inflamatorios y muerte celular producidos por el alcohol. La fase de hígado graso es reversible cuando se suspende la ingesta, pero no la de cirrosis.

Las fases avanzadas del alcoholismo se relacionan con alteraciones mentales serias y daño cerebral irreversible, menor resistencia ante las infecciones, anemia, mayor tendencia al sangrado y gastritis crónica. El alcohólico grave es más propenso al cáncer y más aún si fuma (hasta 15 veces más) .

Según Marvin I. (2003), afirma que las mujeres que beben mucho durante el embarazo tienen mayor ocurrencia de abortos y mayor probabilidad de procrear bebés afectados del síndrome alcohólico fetal, cuadro de deficiencia mental y física característico.

Otro signo particular del alcoholismo son los periodos de amnesia, con alteración profunda de la memoria y de la conciencia que puede durar desde algunos momentos hasta varios días.

La dependencia física al alcohol aparece como consecuencia del consumo crónico de cantidades importantes de bebidas. El síndrome de abstinencia es similar al que ocurre con otros agentes depresores, aunque con algunas diferencias. El síndrome aparece entre 12 y 72 horas posteriores a la última copa (Según Marvin I. 2003).

En casos de dependencia leve, el síndrome de supresión consiste en; alteraciones del sueño, debilidad, náusea y temblores finos que duran algunas horas. Cuando la dependencia es más severa, estos signos también aparecen, pero anunciando los más graves; un cuadro de temblor generalizado, crisis convulsivas y el llamado *delirium tremens*, síndrome que incluye alucinaciones y temblores —de allí su nombre—. Este síndrome de abstinencia es más grave que el producido por narcóticos, pues el riesgo de muerte es mayor.

Según Marvin I. (2003) ha dividido este síndrome en varias etapas:

Etapa 1. Se inicia algunas horas después del último trago y se identifica por la aparición de temblor de intensidad variable: desde ligero hasta tan severo como para impedir que el sujeto sostenga un vaso. El temblor suele acompañarse de náusea, vómito, ansiedad, taquicardia, hipertensión, exageración de los reflejos, sudoración, pérdida del apetito y alteraciones del sueño.

Etapa 2. Puede aparecer a las 24 horas de la supresión alcohólica, con alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles o una combinación de ellas), al principio sólo con los ojos cerrados y después hasta con los ojos abiertos. Hasta ese punto el sujeto no ha perdido la orientación y la introspección y las alucinaciones pueden ser reversibles. Si éstas persisten se considera que se alcanzó la fase de *alucinosis alcohólica*.

Etapa 3. Aparece desorientación, delirio, alucinaciones persistentes que pueden adquirir un carácter persecutorio y aterrador. El sujeto se muestra febril y extremadamente cansado. Este cuadro aparece cerca del tercer día de abstinencia y es el que se considera como el de delirio de la abstinencia alcohólica o *delirium tremens*.

Etapa 4. Hay crisis convulsivas generalizadas. Si el paciente no muere, se puede recuperar entre cinco y siete días, sin tratamiento. Sin embargo, estudios electroencefalográficos y neuropsicológicos han mostrado que los déficits pueden perdurar varios meses.

Se piensa que crisis repetidas de abstinencia, aunadas al envejecimiento, pueden producir daños irreversibles.

No se sabe con exactitud cómo comienza el alcoholismo. Algunos de los factores que predisponen a desarrollarlo son cuando:

- 1) El sujeto experimenta sensaciones de alivio o relajación al ingerir licor.
- 2) La personalidad del sujeto muestra rasgos de inseguridad, de dificultad para resolver estados de depresión, angustia o frustración.
- 3) La persona es miembro de una cultura en la que existe presión social para beber, al mismo tiempo que sentimientos de culpa por esta conducta.

El alcoholismo es más frecuente en hijos de alcohólicos: del 25 al 50% de los hijos o hermanos de alcohólicos graves pueden también desarrollar la enfermedad.

Además de esta probable influencia genética, existen importantes factores sociales que pueden facilitar la inducción del alcoholismo o disminuir su incidencia. La actitud de la sociedad ante la bebida influye claramente sobre la incidencia del alcoholismo, pero también es evidente que los grupos sociales desfavorecidos tienen mayor riesgo de padecerlo. Por otra parte, la influencia de la publicidad en el consumo de bebidas alcohólicas es innegable, además de ser tolerada.

El alcoholismo es tratable y dos de cada tres alcohólicos puede recuperarse, es decir, controlar su compulsión para consumir alcohol. No podemos hablar realmente de curación. Los métodos de rehabilitación son varios y todos ellos se basan en una fuerte motivación del sujeto para tratarse. Para que esto suceda es necesario que el enfermo reconozca que tiene el problema. Desafortunadamente, la negación de padecer alcoholismo retarda gravemente el tratamiento, además de que los efectos tóxicos directos del alcohol se van acumulando (Marvin I. 2003).

SOLVENTES E INHALANTES

Según Rosovsky H. (2002), en México, el principal problema de abuso de drogas es el de los inhalantes. Es un problema que adquiere características dramáticas en la población más afectada, la de niños y jóvenes de clases desfavorecidas. Las conclusiones apuntan siempre hacia la misma dirección, el origen más probable del inhalador es de las clases marginadas, aquellas donde la pobreza, la falta de educación y de oportunidades es endémica, allí donde las familias se encuentran desmembradas o inexistentes.

El término *inhalantes* se refiere al grupo de sustancias psicoactivas que se definen más por su modo de administración que por su mecanismo de acción o farmacología. Excluyendo a otras sustancias que también se inhalan como el tabaco, la marihuana, el opio o la cocaína, aquí se incluye más bien a un grupo de sustancias volátiles que se utilizan para alterar el estado mental y que rara vez se administran por otra vía que no sea la inhalación. De acuerdo con esta definición se han establecido varias categorías de sustancias:

- a) Gases anestésicos de uso médico: éter, cloroformo, halotano, óxido nitroso.
- b) Solventes industriales o domésticos, incluyendo los adelgazadores (*thinners*) de pintura o solventes, los desengrasadores y los solventes de los pegamentos.
- c) Los solventes contenidos en artículos de papelería o de arte, como los líquidos correctores o los solventes de los plumones.
- d) Gases usados en la casa o la industria, como el gas para encendedores, los *sprays* de crema batida o los usados para limpiar circuitos electrónicos o los gases para rellenar refrigeradores.
- e) Los aerosoles domésticos para aplicar pintura, fijadores para el cabello, protectores de tela, etc.
- f) Los nitritos alifáticos (medicamentos vasodilatadores).

Uno de los grandes problemas de los inhalantes es que se encuentran en numerosos productos para el hogar, la escuela, la industria, las papelerías, las tlapalerías, etc., y

que se pueden adquirir fácilmente, legalmente (aunque la legislación al respecto está cambiando) y son relativamente baratos (Rosovsky H. 2002).

A pesar de la multiplicidad de inhalantes, no todos ellos tienen los mismos efectos, particularmente en lo que se refiere a su toxicidad. Algunos solventes son tóxicos para el hígado (clorohidrocarburos), otros para el riñón (tolueno), otros para los nervios periféricos (hexano), otros para la sangre (benzeno) y otros para el sistema nervioso (tolueno). Por ello, es preciso distinguirlos e identificar al agente responsable del cuadro de abuso (Rosovsky H. 2002).

Sus características fisicoquímicas, particularmente las de alta solubilidad en grasas y pequeño tamaño, hacen que después de inhaladas se distribuyan ampliamente en todo el cuerpo y atraviesen las membranas de todo tipo de células. No existen pruebas de que actúen con receptores específicos, sino más bien con varios tipos de ellos (Rosovsky H. 2002).

El efecto agudo de la intoxicación con solventes es semejante a una borrachera: el sujeto muestra una excitación inicial que se convierte en desinhibición, con una sensación de ligereza, euforia y agitación. Cuando la dosis aumenta se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación. En casos de intoxicación severa se produce debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, nistagmus (los ojos oscilan en forma involuntaria), delirio y ocasionalmente alucinaciones con conductas francamente alteradas. Algunas horas después, el sujeto puede despertarse con una especie de "cruda", dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular, desorientación, etcétera (Rosovsky H. 2002).

El cuadro dependerá del solvente en particular, aunque frecuentemente los sujetos se administran mezclas de ellos, que hace casi imposible adjudicar la intoxicación a un solo agente. Esta interacción de solventes es significativa, no sólo porque la mezcla puede dar efectos mayores que los producidos por las sustancias aisladas, sino también porque pueden producirse metabolitos activos o cuya presencia potencie a otros.

A pesar de que los inhalantes no producen tolerancia o dependencia física, sí causan una amplia variedad de efectos tóxicos. En general y a nivel neurológico, éstos son de carácter difuso en sus manifestaciones, no muestran alteraciones focales, de manera que pueden confundirse con trastornos metabólicos, degenerativos, nutricionales o desmielinizantes, que también son difusos. Además, el daño es difícil de detectar, aún con las técnicas modernas de imagenología, como la tomografía computarizada, estudios electrofisiológicos de conducción nerviosa o resonancia magnética nuclear (Rosovsky H. 2002).

Los efectos asociados, sean a la intoxicación aguda severa o a la crónica leve con solventes orgánicos, son en general reversibles. Los daños graves e irreversibles ocurren usualmente en casos de intoxicación severa (concentraciones varios cientos de veces más altas que las existentes en un medio laboral), que se da durante largo tiempo, condiciones que sólo se presentan en el contexto del abuso de drogas. Algunas de las manifestaciones del daño neurológico pueden ser parcialmente reversibles cuando se suspende la inhalación y éstas concluyen al interrumpir la administración. Es decir, si el sujeto deja de inhalar, la toxicidad se interrumpe y no avanza más (Rosovsky H. 2002).

El pronóstico de recuperación depende directamente de la gravedad del déficit neurológico hasta el momento de la suspensión del solvente. En casos severos, la recuperación puede tomar varios años.

Rosovsky H. (2002), afirma que al I cuadro se le ha llamado síndrome psicoorgánico e incluye: cambios de la personalidad, pérdida de la memoria, fatiga, depresión, pérdida del interés en las actividades diarias, dolores de cabeza, insomnio, dificultad para concentrarse y pérdida de la iniciativa. Otros autores opinan que no existen pruebas que demuestren la irreversibilidad de los daños neurotóxicos, sean centrales o periféricos. Lo que no puede negarse es que el obrero que trabaja en un ambiente donde los solventes orgánicos están presentes continuamente es más susceptible de caer en el abuso que individuos que no están expuestos a estas sustancias.

El *hexano* se utiliza frecuentemente en la impresión de productos laminados, la extracción de aceites vegetales, como disolvente en la manufactura de plásticos y hules, en el terminado de muebles, como solvente en laboratorios de bioquímica y como solvente para pegamentos y adhesivos.

El *tolueno* es uno de los solventes más frecuentemente utilizados. Se emplea como adelgazador de pintura o lacas, como agente limpiador y secador en la industria del hule y de la madera, así como en la industria química y del petróleo. Es uno de los principales componentes de lacas, pinturas, pegamentos, adhesivos, tintas y líquidos limpiadores. De todos los solventes, el tolueno exhibe el mayor potencial de abuso.

El *tricloroetileno* es un solvente orgánico utilizado extensamente para desgrasar metales, extraer aceites y grasas de productos vegetales, limpiar lentes de óptica y placas fotográficas, en pinturas y esmaltes, para lavado en seco, y como adhesivo en la industria del cuero.

El *cloruro de metileno* es otro solvente que se usa mucho para despintar y desgrasar, en la manufactura de película fotográfica, como acarreador de pinturas en aerosol, en la industria textil y de plásticos y para la extracción de grasas y aceites esenciales.

El problema neurotoxicológico de este fármaco ocurre básicamente en un contexto de abuso, más que laboral. Como para otros solventes, el cloruro de metileno a altas concentraciones tiene propiedades depresoras del SNC, que pueden llegar rápidamente a la inconsciencia y la muerte. Como esta droga se metaboliza hacia el monóxido de carbono, existe también el riesgo de alteraciones cerebrales por falta de oxígeno. En general, los efectos de la exposición a niveles intermedios de solventes pueden ser reversibles.

El *tricloroetano* se utiliza ampliamente en la industria para desgrasar y aunque se han reportado casos de intoxicación que se asemejan a estados de asfixia cerebral, se le considera menos peligroso que los demás.

A pesar de que los inhalantes manifiestan su toxicidad más aparente a nivel del sistema nervioso, también otros órganos pueden verse afectados. Se han reportado varios casos de daño renal debido a abuso de solventes que han requerido hospitalización y estas alteraciones se han repetido cada vez que los sujetos retornaban al abuso de estas drogas. El equilibrio hidroelectrolítico se modifica, con demasiado cloro en la sangre así como disminuye el potasio y el calcio. También se han identificado casos de inflamación y daño renal en obreros que usan solventes. Los casos de trastornos renales en mujeres embarazadas que abusan de los solventes pueden ser particularmente difíciles de tratar.

En lo relativo al *hígado*, se sabe desde hace años que los clorohidrocarburos (tricloroetileno, cloroformo, halotano), pueden dañar este órgano — y también al riñón— produciendo hepatitis e incluso cáncer.

Muchas de las muertes causadas por sobredosis con inhalantes ocurren por alteraciones cardíacas, en particular fibrilación ventricular y paro cardíaco. Los fluorocarbonos pueden producir alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias), potencialmente peligrosas. En sujetos sensibles, el ejercicio y la adrenalina pueden exacerbar estos problemas.

Al nivel de la sangre, algunos solventes pueden aumentar peligrosamente los niveles de carboxihemoglobina, como incapaz de transportar oxígeno. El benceno que se haya en el *thiner*, removedores de barniz y en algunas gasolinas puede producir anemia y leucemia aguda.

Aunque no pertenezcan estrictamente al grupo de los solventes, se menciona brevemente el grupo de los *nitritos* volátiles, el nitrito de amilo y el nitrito de butilo, tratándose de potentes vasodilatadores. Estas sustancias han sido objeto de abuso con fines sexuales, buscando su efecto vasodilatador, dado a través de la relajación del músculo liso. Son ampollitas que el usuario rompe para inhalar su contenido, buscando el momento próximo al orgasmo.

Los nitritos producen dependencia no sólo por estos efectos, sino también porque reducen las sensaciones de fatiga, molestia y depresión. Además de este peligro, la toxicidad de los nitritos se manifiesta peligrosamente en la sangre, donde aumenta la cantidad de metahemoglobina, otra hemoglobina incapaz de acarrear oxígeno. En cardíopatas, los nitritos usados en estas condiciones pueden ser fatales.

El caso del abuso de drogas que se pueden adquirir libremente en cualquier farmacia o supermercado debemos mencionar que existe, que está aumentando, que se produce con todo tipo de fármacos: analgésicos, antiácidos, vitaminas, etc., y que es un problema de educación de la población, de toxicidad frecuente, así como de regulación sanitaria.

El elemento fundamental es la voluntad del sujeto, su motivación y convencimiento para tratarse. Esto no puede lograrse sin que reconozca su problema (Rosovsky H. 2002).

Existen varios enfoques para tratar de evitar, primero los síndromes de abstinencia y después, las recaídas. Algunos de ellos utilizan la misma droga a dosis decrecientes u otras drogas, sea para evitar la aparición de un síndrome de abstinencia, o para el alivio sintomático de la supresión: analgésicos, sedantes, ansiolíticos, etc. Otros tratamientos se centran en procedimientos conductuales, como el condicionamiento, el reforzamiento positivo o negativo, la psicoterapia (individual o de grupo), etc. Existen instancias gubernamentales que pueden ayudar al adicto que busca rehabilitarse.

Según Rosovsky H. (2006), quien es la Secretaria Técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones en Latinoamérica, México tiene un papel destacado en cuanto a la información sobre adicciones a través de los estudios que se han venido desarrollando desde hace tiempo y a la experiencia que se ha acumulado en este aspecto. Esto ha permitido que se puedan observar tendencias y problemas emergentes, así como hacer comparaciones con otros países.

Los cambios que se registran en el consumo de drogas, también sirven para identificar las necesidades a las que debemos responder, en materia del número y tipo de recursos para la prevención y el tratamiento, especialmente en el caso de drogas emergentes y nuevos grupos de consumidores

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE DROGAS

TIPO DE ESTUDIO	AÑOS	COBERTURA	INSTITUCIONES RESPONSABLES
ENCUESTAS NACIONALES DE ADICCIONES EN POBLACIÓN GENERAL	1988, 1993, 1998	Muestras representativas de 12 a 65 años, de la población urbana, en hogares	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Mexicano de Psiquiatría Dirección General de Epidemiología Consejo Nacional contra las Adicciones
ENCUESTAS EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL	Nacionales: 1976, 1986 y 1991 Ciudad de México: 1976, 1978, 1980, 1986, 1989, 1993, 1997	Muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior en medio urbano	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Educación Pública Instituto Mexicano de Psiquiatría

Fuente: El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones, CD NADIC ISSA, 1999.

Asimismo, el IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría), en colaboración con la SEP (Secretaría de Educación Pública), desde hace años realiza encuestas en la población estudiantil de educación media y media superior, o sea jóvenes entre 12 y 19 años de edad, contándose a la fecha con 3 estudios nacionales y siete en la Ciudad de México.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE DROGAS II

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA)	1991 ⇒	Centros de Integración Juvenil y otros centros de tratamiento, consejos tutelares, servicios médicos forenses y de urgencias en 20 ciudades	<ul style="list-style-type: none"> Dirección General de Epidemiología
SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS (SRID)	1987 ⇒	Uso de drogas en casos captados por centros de salud e instituciones de procuración de justicia de la Ciudad de México y zona conurbada	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Mexicano de Psiquiatría
ESTUDIOS EN POBLACIONES ESPECIALES Y DE DIFÍCIL ACCESO; ESTADÍSTICAS E INDICADORES DE SALUD	1976 ⇒	Niños en la calle, menores trabajadores, usuarios de drogas	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Mexicano de Psiquiatría Instituto Mexicano del Seguro Social Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dirección General de Estadística e Informática

Fuente: El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones, CD NADIC ISSA, 1999.

Desde 1987, el IMP mantiene el SRID, (Sistema de Reporte de Información en Drogas), que da a conocer semestralmente el registro del consumo de drogas entre los casos atendidos en centros de salud.

ENCUESTAS NACIONALES DE ADICCIONES, 1993-1998
TENDENCIAS DEL CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA
DE DROGAS ILEGALES POR CIUDADES

	Tijuana		Ciudad de México		Monterrey		Nacional	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
CONSUMO								
ALGUNA VEZ	10.12	14.73	3.98	7.28	2.86	4.19	3.90	5.27
ÚLTIMO AÑO	2.02	4.39	0.86	1.40	0.36	1.30	0.75	1.23
ÚLTIMO MES	0.74	3.85	0.49	0.95	0.16	1.09	0.44	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, DGE, IMP, CO NADIC | SSA, 1998.

Se registran importantes incrementos entre 1993 y 1998 tanto a nivel nacional como en ciudades seleccionadas. Este aumento se observa tanto en la proporción de usuarios experimentales, o sea, los que probaron drogas alguna vez en la vida, como en los que consumieron durante el último año y el mes previo a la encuesta, considerando éste el uso actual.

Es importante destacar que el uso es condición necesaria pero no suficiente para el abuso ni la adicción. La proporción de usuarios actuales es mucho menor que la de los que las probaron alguna vez o las usaron en el último año. No podemos afirmar que todos los usuarios actuales sean dependientes o adictos a las drogas.

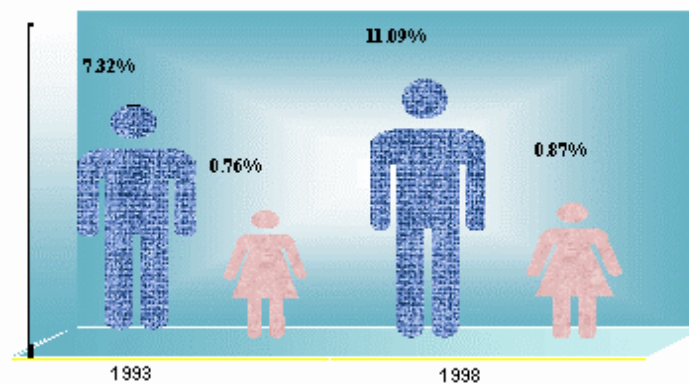
ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES, 1998

Consumo último mes o uso actual de cualquier droga: 0.83% = 400,000 personas				
Tipo de sustancia	Usuarios último mes		Usaron 20 días o más	
	%	N	%	N
MARIGUANA	0.70%	334,731	23%	76,988
COCAÍNA	0.21%	99,202	9%	8,928
INHALABLES	0.09%	40,925	20%	8,185

Fuente: El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones, CO NADIC | SSA, 1998.

Sin embargo, un indicador importante para distinguir a los usuarios experimentales de los fuertes, es conocer la frecuencia de consumo en un lapso determinado. Mientras 5.3% usaron drogas alguna vez en la vida, sólo el 0.83% usó drogas en el último mes (0.83% que equivale a 400 000 personas). De éstos, se registró a los que reportaron haber consumido durante 20 días o más, lo que se considera un uso fuerte. Este patrón de consumo correspondió a 77 000 personas que usaron marihuana, 8 928 cocaína y 8 185 inhalables. No fueron registrados casos de consumo en el último mes de heroína ni de alucinógenos.

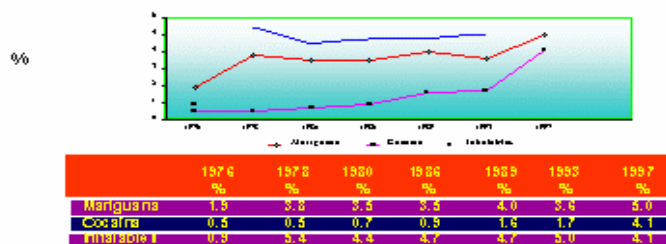
TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES
ALGUNA VEZ EN LA VIDA, POR SEXO
Población Urbana de 12 a 65 años, 1993-1998



Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1993 y 1998. IMP, DGE, CONADIC /SSA.

Al analizar la prevalencia del consumo por sexo, se puede observar que los aumentos entre 1993 y 1998 se dan principalmente a expensas del sexo masculino. De este modo, en la última encuesta, por cada 13 hombres que han consumido alguna droga, lo ha hecho una mujer.

TENDENCIAS DEL USO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA
POBLACIÓN ESTUDIANTIL, CIUDAD DE MÉXICO²²



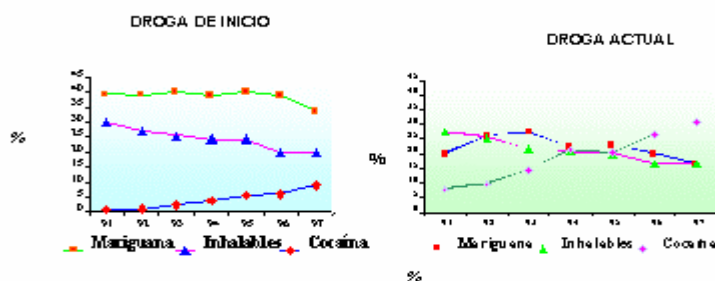
²²Estudiante de Educación Media y Media Superior
Fuente: Encuestas de Uso de Drogas en la Comunidad. E-Lab III. IMP, SEP.

Así, entre los estudiantes de la ciudad de México de 12 a 19 años de edad, se observa la tendencia al incremento del uso de cocaína, que alcanzó en 1997 el mismo nivel que los inhalables, sustancias que parecen ir perdiendo importancia.

La cocaína es una droga que hace unos años sólo era utilizada por grupos reducidos de la población, generalmente de mayor edad y altos recursos.

Entre los escolares, se observa que aumenta el número de jóvenes que usan drogas en edades tempranas, antes de los 15 años; entre los 14 y 18 años se observan incrementos en el uso de marihuana y cocaína a medida que avanza su edad, mientras el caso de los inhalables es inverso, pues va disminuyendo su uso a partir de los 16 años.

TENDENCIAS DEL TIPO DE DROGA DE INICIO Y DE DROGA ACTUAL EN PACIENTES DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL 1991 - 1997



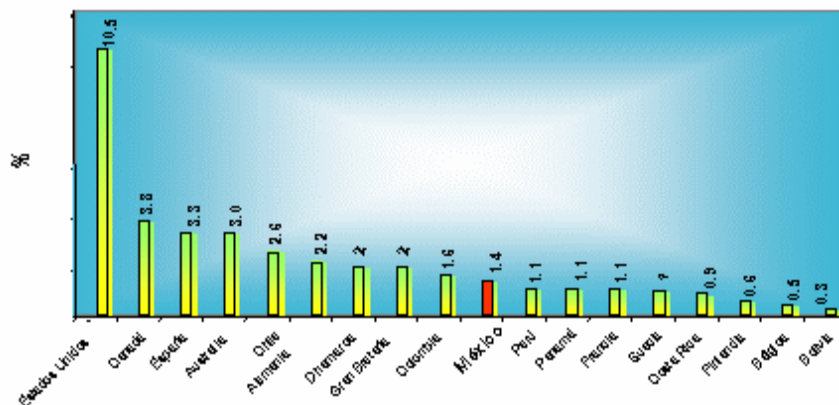
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Centros de Integración Juvenil, 1991-1997.

Según los registros de casos en tratamiento de CIJ (Centros de Integración Juvenil), la cocaína se reporta de manera creciente como droga de inicio, superando a los inhalables y a la marihuana como droga de uso actual en los últimos años. Cabe mencionar que, entre los pacientes de CIJ, un 42% comenzó a usar drogas entre los 10 y 14 años de edad, mientras que 46% lo hizo en el rango de 15 a 19 años. Esto significa que, prácticamente 9 de cada 10 pacientes iniciaron el consumo entre los 10 y 19 años.

Nuevas drogas han aparecido en los últimos años en el panorama del consumo, en grupos aún reducidos de la población, como el crack y el cristal, un tipo de metanfetamina que ya se registra en un pequeño porcentaje de casos en centros de tratamiento, así como el éxtasis, que fue reportado por casi un 1% de los estudiantes de la ciudad de México en 1997. En ciudades de la frontera norte, principalmente, el consumo de heroína se presenta de manera creciente entre los pacientes de centros de tratamiento. Algunas proporciones de jóvenes, especialmente de los captados en centros de salud y de justicia, comienzan a reportar desde 1993 el uso de Refractyl Ofteno como sustancia de abuso.

Al igual que en México, en otras sociedades la marihuana es la principal droga consumida, pero la penetración de esta sustancia es mucho mayor en la población general de otros países que en el nuestro, pues su uso recreacional está más difundido.

COMPARATIVO INTERNACIONAL
PREVALENCIA ALGUNA VEZ EN LA VIDA
DEL USO DE COCAÍNA
EN POBLACIÓN GENERAL



Fuente: El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones, CONADIC/SSSA, 1999.

En el caso de la cocaína, cuyos índices de uso son menores en todos los países, México se sitúa entre los de consumo medio.

El Diagnóstico sobre drogas presenta consistencias en la información y permite identificar diversos desafíos a los que hay que responder con las políticas y programas correspondientes.

Entre los principales retos frente al consumo de las drogas, encontramos que:

- El consumo de drogas está en aumento.
- La edad de inicio es cada vez más temprana.
- La mayoría de los consumidores son varones jóvenes.
- La marihuana sigue siendo la droga de preferencia en todos los grupos de edad.
- Aumenta el uso de cocaína tanto entre adultos jóvenes como entre niños y adolescentes.

Las regiones noroccidental y centro son las de mayor riesgo, con altos niveles de consumo en ciudades como Tijuana, Ciudad Juárez, la Ciudad de México y Guadalajara.

En otros sitios comienzan a presentarse indicios preocupantes, como el incremento de casos de consumo en servicios de urgencias y de tratamiento en centros turísticos.

Se utilizan medicamentos psicoactivos fuera de control médico. Surgen drogas de diseño, sin utilidad terapéutica y elaboradas de manera clandestina, como las metanfetaminas.

El 8% de las muertes en el mundo son resultado del consumo de drogas, en tanto que el consumo de bebidas alcohólicas es causa de cerca de un millón de muertes anuales y el tabaco ocasiona 3.5 millones de muertes en el mismo lapso, en México, el consumo de sustancias ilegales está en aumento especialmente de la cocaína, marihuana, heroína y anfetaminas. Sobre todo en grupos específicos como adolescentes y población en edad productiva. Más aún la edad de inicio se ubica en el rango de los 14 años, aunque para los inhalantes este rango desciende hasta los 9 años (III Encuesta Nacional de las Adicciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría).

TENDENCIAS DEL CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE DROGAS ILÍCITAS, POR REGIONES 1988, 1993, 1998

POBLACIÓN URBANA DE 12 A 65 AÑOS

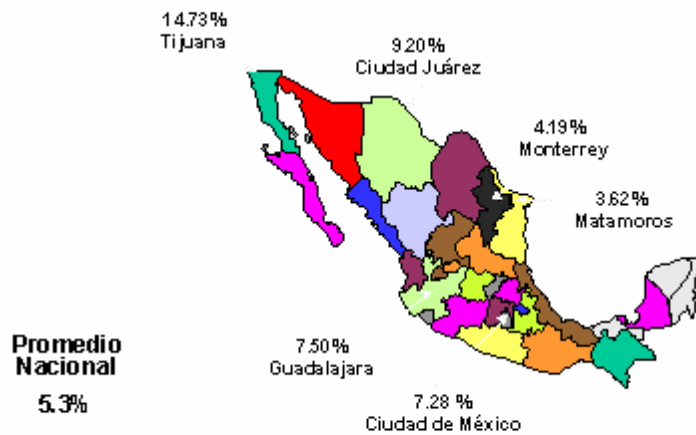
	1988 %	1993 %	1998 %
NACIONAL	3.33	3.90	5.3
REGIÓN NORTE	3.70	4.92	6.0
REGIÓN CENTRO	3.58	3.71	5.97
REGIÓN SUR	2.50	2.29	2.69

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998. IMP, O G E, C O N A D I C I S S A.

En 1993 la prevalencia del uso alguna vez en la vida fue de 3.9%, lo que representaba a 1 600 000 habitantes, en 1998 alcanzó un 5.3% de la población, que equivale a dos y medio millones de personas entre los 12 y 65 años. En las tres regiones en las que se dividió al país se observa la misma tendencia; pero llama la atención que la región centro, donde se ubica la Ciudad de México, alcanza niveles similares a la región norte, ambas por arriba del promedio nacional, manteniéndose la región sur con prevalencias menores.

En el país se observa la misma tendencia y llama la atención Tijuana (14.73%), Ciudad Juárez (9.28%), Guadalajara (7.5%), la Ciudad de México (7.28%), con una proporción mayor al promedio nacional (5.3%).

**ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES 1998
VARIACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS ILCITAS
ALGUNA VEZ EN LA VIDA
POR CIUDADES**



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, DGE, IMR, CONADIC/SSA, 1998.

En el consumo por sexo, el incremento se da en los varones, quedando en una proporción de 13 hombres por una mujer. Cabe mencionar que de 1998 año de la III Encuesta al año 2001 existe un incremento en la actividad del sexo femenino en entretenimiento nocturno aumentando el factor de riesgo.

**NACIONAL DE ADICCIONES 1998
TENDENCIAS DEL CONSUMO ALGUNA VEZ
EN LA VIDA
PRINCIPALES DROGAS**

ENCUESTA

	1988	1993	1998
Mariguana	2.99	3.32	4.70
Inhalables	0.76	0.50	0.80
Cocaína	0.33	0.56	1.45

Fuente: El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. CONADIC/SSA, 1999.

La droga de mayor uso actual sin incluir el alcohol fue la marihuana (4.7% de la población). La cocaína (1.45 %) y en tercer lugar los inhalables. Existe un marcado incremento en el uso de cocaína que, anteriormente la empleaban personas adultas de nivel económico alto, y en la actualidad es utilizada por jóvenes entre 14 y 18 años, porque su costo se decremento alterando su calidad con compuestos más dañinos.

Además, de acuerdo a los hallazgos del SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones), más de una tercera parte de los estudiantes

encuestados en las ciudades de Monterrey, Matamoros, Cd. Juárez y Tijuana, reportaron incremento en el uso de cocaína, crack y heroína, mencionando en segundo lugar el estado de Baja California. También un gran porcentaje en Jalisco, Sinaloa y la Cd. de México.

Nuevas drogas han aparecido en los últimos años como crack, cristal (metafentamina), éxtasis, tachas, etc.

Un aspecto revelador, es que las edades de ingreso a clínicas de rehabilitación y centros de atención son cada vez más tempranas: en 1995 el rango de edad más frecuente fue de los 25 a los 29 años, para 1998 de los 19 a los 24 años y en 2000 el rango se movió hasta los 14-24 años.

Se pueden encontrar muchos indicadores, sin embargo con estos nos damos cuenta del crecimiento del problema del uso drogas, especialmente durante la adolescencia, teniendo en cuenta que entre más temprano sea el inicio, éste se tornará más intenso y aumentará el desarrollo de una dependencia, además de incrementarse los daños físicos y en el desarrollo del joven o niño.

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

En este apartado nos referimos a uno de los rubros más representativos, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Por lo que también es uno de los trastornos comunes dentro del CAIS "CUEMANCO".

El término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

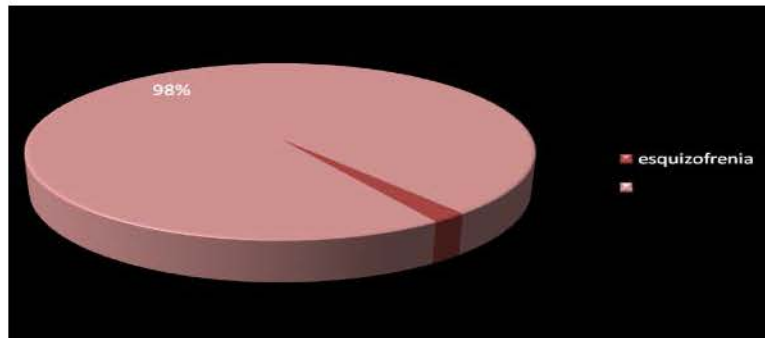
El trastorno se centra en la gravedad del deterioro que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. El término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

El término psicosis se ha reservado comúnmente a los trastornos mentales caracterizados por alteraciones penetrantes y profundas del estado de ánimo, desorganización del pensamiento y un retiro asociado del mundo real en un mundo de preocupaciones altamente personalizadas.

Steven M (2002), ha enumerado cinco síndromes clásicos que acompañan la mayoría de patrones psicóticos 1) sentimientos penetrantes de tristeza, culpa e imperfección; 2) excitación excéntrica, desordenada, acompañado de una producción verbal y motora excesiva; 3) regresión autista, manerismos del lenguaje y de la conducta, ideas delirantes, indiferencia a las expectativas sociales; 4) preocupaciones delirantes acompañadas de actitudes de defensa, desconfianza o grandiosidad; 5) Estados de delirio confusos con desorientación y alucinaciones.

Según Steven M. (2002), la esquizofrenia tiene síntomas psicóticos como característica definitoria.

Para Steven M (2002), la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, que se inicia generalmente en la adolescencia, tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual, no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos.



Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 2% de la población general la sufre, en México deben existir 2.000.000 de esquizofrénicos, lo que constituye un problema de salud pública importante. La mayor parte de los esquizofrénicos no logran alcanzar un nivel profesional elevado ni tampoco llegan a tener experiencia laboral debido a que cambian frecuentemente de trabajo, porque renuncian o porque los despiden debido a un bajo rendimiento. Esto hace que, con frecuencia, que dependan económicamente de sus familiares y que cuando sus padres fallecen, pasan a depender de las instituciones del estado.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico importante. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos que han estado presentes durante un periodo de tiempo importante

La American Psychiatric Association, define la esquizofrenia como “un grupo de trastornos manifestados por trastornos característicos del estado de ánimo y la conducta”. Los trastornos del pensamiento están marcados por alteraciones de la formación de conceptos que pueden conducir a una mala interpretación de la realidad y a veces a ideas delirantes y alucinaciones que a menudo resultan autoprotectoras desde el punto de vista psicológico. Los cambios de estado de ánimo incluyen respuestas ambivalentes, limitadas e inadecuadas y falta de empatía con los demás. La conducta puede ser de aislamiento, regresiva o extraña.

Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro de la función laboral o social. Aunque puede haber un notable deterioro con dificultades con múltiples dominios funcionales (aprendizaje, autocuidado, trabajo, relaciones interpersonales y habilidades para la vida cotidiana), el trastorno se caracteriza por una mayor heterogeneidad entre los distintos individuos y una vulnerabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo.

Según Steven M, (2003), los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos categorías (síntomas positivos y negativos), a las que recientemente se ha añadido una tercera categoría. La de desorganización, ya que los análisis estadísticos han mostrado que esta dimensión es independiente.

Los síntomas de desorganización incluyen el habla desorganizada y falta de atención. Según el DSM-IV, los subtipos de la esquizofrenia se definen según los síntomas predominantes en el momento de la evaluación más reciente y pueden modificarse, por tanto, a lo largo del tiempo.

Estos subtipos incluyen:

El paranoide.- En el que la preocupación por las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas es una característica prominente.

El tipo desorganizado.- en el que destaca el habla y la conducta desorganizada y el aplanamiento afectivo o inapropiado.

El tipo catatónico.- En el que lo más destacado son los síntomas motores característicos.

El tipo indiferenciado.- Que es una categoría inespecífica que se utiliza cuando ninguna de las demás características de subtipo se manifiesta de manera predominante.

El tipo residual.- En el que hay una ausencia de síntomas positivos prominentes pero existen signos persistentes de alteración (síntomas negativos o síntomas positivos en una forma atenuada).

Aunque el pronóstico y las implicaciones terapéuticas de estos subtipos son variables, el tipo desorganizado tiende a ser el más grave y el tipo paranoide el menos grave.

Para Steven M. (2002), puede haber otros trastornos mentales y trastornos médicos que se asocian a la esquizofrenia. Junto con los trastornos médicos, el trastorno asociado más frecuente parece ser el de consumo de sustancias, en especial el de abuso del alcohol y estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, otras sustancias de abuso frecuentes son la nicotina, el cannabis, la fenciclidina y el LSD. Estas patologías asociadas pueden agravar el curso y complicar el tratamiento.

Los síntomas de otros trastornos mentales, especialmente la depresión pero también los síntomas obsesivos y compulsivos, las preocupaciones somáticas, los síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo, pueden darse también conjuntamente con la esquizofrenia. Tanto si se trata de síntomas como si son trastornos asociados a la enfermedad estas manifestaciones pueden agravar el pronóstico de manera notable y a menudo requieren que se les preste una atención y un plan de tratamiento específicos.

Los síntomas característicos. Los positivos surgen de un mal funcionamiento del cerebro que conduce a reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogía) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes.

Las alucinaciones, pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho las más habituales y características de la esquizofrenia.

El pensamiento desorganizado, considerado como la característica más simple de la esquizofrenia. En el contexto clínico, las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización.

El comportamiento gravemente desorganizado, puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico).

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo.

Historia

Es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la esquizofrenia como una enfermedad diferente de las otras en las épocas remotas. Sin embargo, ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

Morel (1856), quien fue contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonía para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

Hecker (1870), introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

Krepelin (1896), utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe. Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

Bleuler (1911), introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro Aes: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.

Kasanin (1933), introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

Langfeldt (1939), hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

Polatín (1949), introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders", de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizoafectivo, tipo infantil y tipo residual.

Epidemiología:

Zoch, C. (1999), afirma que se han hecho gran cantidad de estudios a nivel local e internacional para tener una información más precisa de comportamiento de esta enfermedad.

Estudios comparativos entre diversos países han demostrado la existencia de criterios diagnósticos diferentes, diagnosticándose más trastornos afectivos en Europa y más trastornos esquizofrénicos en América.

En el año de 1973, la Organización Mundial de la Salud publicó el reporte del estudio piloto internacional sobre esquizofrenia en donde se establecen criterios definidos para el diagnóstico y las características de la enfermedad en nueve países del mundo. En ese estudio se vio que el tipo más frecuente es el paranoide, seguido por el esquizoafectivo.

Los estudios de prevalencia realizados en América del Norte revelan que del 1.0 al 1.9 por mil habitantes sufren de esquizofrenia alguna vez en sus vidas.

Salomón (1976), advierte el que número de casos nuevos que aparecen en un determinado periodo de tiempo varía entre 0.3 a 1.2 por mil habitantes, por año. A nivel mundial se estima que de 0.3 a 1% de la gente sufre la enfermedad.

En cuanto al estado civil, se nota que de en las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con el diagnóstico de esquizofrenia existe un alto porcentaje de solteros, separados, divorciados o viudos.

Se considera que debido a la enfermedad, existen implicaciones que dificultan las relaciones interpersonales así como una tendencia marcada al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio, se presentan con mayor frecuencia separaciones y divorcios.

Si se toma en cuenta la condición socio-económica, se observa que la esquizofrenia se presenta con más frecuencia en miembros de las clases socioeconómicas bajas, mientras que la enfermedad maniaco-depresiva lo hace en las altas.

Este hallazgo se puede explicar por dos hipótesis: a) las dificultades económicas y sociales de las clases bajas favorecen la aparición de la enfermedad en un individuo genéticamente predispuesto a ella y b) la esquizofrenia es más frecuente en familias debido a la naturaleza desorganizante e improductiva de la misma, se van perdiendo recursos económicos e intelectuales que hacen que vayan cayendo en una pobreza cada vez mayor.

Otro factor social que influye en los índices es la migración de la gente, que hace que ésta se reubique en otras culturas a las que no están acostumbrados generándose gran cantidad de estrés que puede conducir a la aparición de los síntomas de la enfermedad.

Examen del estado mental:

Zoch, C. (1999), expresa que en el contenido del pensamiento se encuentran las ideas delirantes, que pueden ser de tipo paranoide, místico, religioso, de grandeza, de influencia extraña, de despersonalización o de desrealización. En las percepciones, pueden existir alucinaciones auditivas (principalmente), visuales, táctiles, cinestésicas

o propioceptivas (sienten que su cuerpo se mueve involuntariamente o que flota en el espacio, las manos se le hicieron muy grandes, la cara se le deformó, es mitad humano y mitad animal), o de desintegración cósmica, en donde su cuerpo flota desmembrado en el espacio.

En donde se trata de establecer el grado de psicopatología que se presenta en el momento de la entrevista, se puede notar lo siguiente: muestran poco interés por la entrevista y a veces se oponen rotundamente a ella, lucen distraídos, con la mirada vaga o a veces evitan el contacto visual con el entrevistador, descuidados de su aspecto personal, gesticulando o riéndose sin motivo, hablando por señas, pueden mostrar una conducta muy suspicaz, pueden estar agitados e inquietos, mutistas o inmóviles.

Su relato puede no ser confiable, porque se detectan incongruencias que ameritan ser aclaradas por algún familiar o amigo. En el curso de pensamiento pueden encontrarse las clásicas disgregaciones que son el resultado de incoherencias en las ideas.

Puede existir el robo del pensamiento en donde sienten que se quedan sin ideas porque alguien se las robó.

La orientación en las tres esferas generalmente se mantiene. La memoria es buena, la capacidad de abstracción es mala. La información general es buena y de acuerdo a su nivel educativo, hay pobre capacidad de juicio crítico hacia la realidad. Generalmente no hay conciencia de enfermedad (insight) o existe en forma parcial ya que se cree enfermo de algo físico.

Examen físico: Es poco relevante. Generalmente se aprecian alteraciones secundarias a hiperactividad del sistema somático como taquicardia, hipertensión arterial, pupilas dilatadas, palidez generalizada. Pueden existir alteraciones motoras propias del catatónico o gesticulaciones.

Examen neurológico: No se van a encontrar alteraciones graves en este sentido pero si se deben buscar los llamados signos neurológicos suaves (que no tienen una ubicación topográfica específica en el cerebro) y que son los siguientes:

Presencia de movimientos en espejo: Consisten en que cuando uno ordena a un paciente que mueva una extremidad, una mano, un dedo o un pie, se produce un movimiento opuesto en la misma parte del lado contralateral del cuerpo.

Dificultad para decir trabalenguas: Que se explora diciéndole al paciente que repita dos trabalenguas usados con frecuencia.

Confusión derecha-izquierda: El examinador, con sus manos cruzadas en el tórax le indica al paciente que con su mano izquierda toque la mano izquierda del explorador. Si hay dificultad para lograr esto, se considera que está presente este fenómeno.

Movimientos musculares anormales en reposo: Se le pide al paciente que junte sus pies, mantenga la cabeza erguida, con los ojos cerrados, las extremidades superiores a la altura de los hombros y los dedos de ambas manos abiertos durante un minuto. Si aparecen movimientos coreicos en las extremidades superiores, cabeza, cuello o tronco, se consideran signos positivos.

Dificultad para oponer los dedos: De una mano al pulgar correspondiente.

Dificultad para realizar movimientos repetitivos: Con los pies en forma de golpear el piso repetitivamente con la punta de los pies tanto el izquierdo, como el derecho, como ambos simultáneamente.

Evolución Hace veinte años, se consideraba que cuando aparecía un episodio esquizofrénico en la vida de una persona, significaba que debía tomar medicamentos por el resto de su vida y que se iba a deteriorar progresivamente. Estos criterios han cambiado en la actualidad, debido al auge que a tenido la teoría del exceso de acción dopaminérgica a nivel del sistema nervioso central como causante del cuadro psicótico

y que implica que esta excesiva actividad es fluctuante (episódica) regresando a su nivel de funcionamiento habitual, una vez que pasa la crisis. Todavía se desconoce cuales son los factores que inician este cambio bioquímico pero se conocen factores que lo agravan y los que lo disminuyen.

Sin embargo, cuando existen otras alteraciones anatómicas o múltiples factores adversos en el ambiente la evolución tiende a complicarse.

Desde el punto de vista de los subtipos de esquizofrenia, se considera que el simple son los que tiene peor pronóstico. En cambio los paranoides, los catatónicos y el episodio esquizofrénico agudo tienen un buen pronóstico.

En cuanto al inicio de la enfermedad, se considera que los que tienen un inicio súbito tienen mejor pronóstico que los que presentan un inicio lento y progresivo.

Entre más temprano en la vida se presenten síntomas psicóticos más malo es el pronóstico. Además, cuando han seguido un curso episódico, estos tienden a espaciarse o a desaparecer después de los 40 años de edad.

La presencia de factores desencadenantes o precipitantes hablan de mejor pronóstico que cuando no existen.

Una historia de buen ajuste previo a la enfermedad, en áreas importantes como el funcionamiento social, sexual, laboral y familiar hablan a favor de buena evolución.

El pertenecer a una familia bien conformada, con buenos patrones de comunicación y ayuda mutua que le brinden apoyo al paciente favorece un buen futuro.

En estudios de seguimiento prolongado de algunos casos se ha encontrado que un 11% de los pacientes deben permanecer hospitalizados en forma continua, un 33% presentan síntomas residuales importantes pero son capaces de vivir en su comunidad y un 56% llevan una vida normal aunque ocasionalmente tienen que tomar medicamentos antipsicóticos.

Tratamiento

Según Zoch, C. (1999), el tratamiento de la esquizofrenia debe hacerse simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y que consiste en: a) eliminar los síntomas una vez que se han presentado b) prevenir la aparición de nuevas crisis y c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global. Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento del funcionamiento social, frecuencia de rehospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar.

HISTORIA NATURAL Y CURSO

Para Zoch, C. (1999), el inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Afecta con la misma frecuencia a ambos sexos. En los hombres la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzo de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión plena o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad que a menudo es de tipo crónico puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

- Fase aguda. Durante esta fase psicótica florida, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones y un pensamiento gravemente desorganizado y generalmente no son capaces del cuidado de sí

mismos de la forma apropiada. Los síntomas negativos pasan a ser también a menudo intensos.

- Fase de estabilización. Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo.
- Fase estable. Los síntomas son relativamente estables y en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos, otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficit) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

La aparición del primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de los individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado). Finalmente acaba apareciendo un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como una esquizofrenia. Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable recidive, generalmente se produce un periodo prodrómico en el que puede haber síntomas de disforia no psicótica, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este periodo dura generalmente entre varios días y unas semanas pero en ocasiones puede persistir durante varios meses.

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable y algunos pacientes no presentan nuevos episodios, mientras que en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica.

La remisión completa no es frecuente en esta enfermedad. De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable; mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave. En la fase inicial de la enfermedad pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente en alteraciones prodrómicas.

En promedio, la evolución es mejor cuando confluyen las siguientes características: sexo femenino, ausencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos, ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, una buena función previa al trastorno, CI elevado, pacientes casados, inicio agudo con un estrés desencadenante, menor número y duración de los episodios previos, patrón básico de episodios y remisiones, edad avanzada, patología asociada mínima, subtipo paranoide y síntomas predominantemente positivos (delirios, alucinaciones). Parece que el curso de la enfermedad se ve influido por la cultura y la complejidad de la sociedad, con una evolución mayor en los países en vías de desarrollo.

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a un caso por cada 100 habitantes.

El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja. El riesgo de sufrir una

esquizofrenia aumenta si se da esta enfermedad en alguno de los familiares, en especial si se trata de familiares de primer grado o si son más de uno los afectados.

Dado que la esquizofrenia suele aparecer a una fase temprana de la vida y a menudo puede ser de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Sin duda la depresión es una enfermedad conocida de que se tiene memoria. Esto debido a que la depresión es muy aparente. Se encuentra ubicada dentro de los trastornos del estado de ánimo. Quien la padece se encuentra en estado de profunda tristeza, desinterés general, no puede experimentar placer en ninguna actividad, se siente cansado, culpable, fracasado, apático ante la vida, sin ganas ni razón para vivir, además de que su autoestima es muy débil.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Calderón (1987), menciona que en la época de los griegos del siglo IV a.c., Hipócrates afirmaba que lo que durante mucho tiempo se llamó melancolía era producida por uno de los cuatro humores corporales; la bilis negra, el consideraba que los síntomas de ésta era el rechazo a la comida, cansancio, somnolencia e irritabilidad constantes.

Para Calderón (1987), los romanos en el siglo I a.c., Asclepiades fomentó la estimulación intelectual, musical y recomendó el buen manejo de emociones como tratamiento para la depresión.

Más tarde durante la edad media, donde la etapa se caracteriza por el pensamiento mágico e interpretaciones demoníacas de las enfermedades mentales, la depresión llamada "acedia", se clasificaba como una enfermedad del alma y se atribuía su padecimiento a los monjes que llevaban una vida de reclusión.

Según Polaino-Lorente, (1985), para fines de la edad media ya no sólo se consideraba su padecimiento a los religiosos sino también a los laicos.

Jackson (1989), menciona que durante el periodo renacentista, se consideraba que la melancolía tenía un origen multifactorial, es decir con factores tanto psicológicos como no psicológicos, como la herencia, afectos en la infancia y aún por frustraciones sexuales, mencionando ya estados bipolares.

También menciona que Pinel afirmaba, que la melancolía consistía que el enfermo presenta una falsa percepción de la realidad, exageración constante de sucesos mínimos que considera que ponen en riesgo su vida por su incapacidad para resolverlos, siendo esto un estado aparente de síntomas delirantes.

Jackson (1989), cita que Kraepelin en 1906, siguiendo la escuela de la psiquiatría francesa, menciona que los síntomas de locura maniacos y depresivos forman parte de una misma psicosis, teniendo un origen hereditario, con sintomatología afectiva, sucesión alternada.

Calderón (1987), menciona que en el México Prehispánico, la depresión era considerada un problema médico. Tratado con hierbas y flores además de la no exposición al sol, no beber pulque, la abstinencia sexual, dedicarse a cosas alegres y reconfortantes, como la música.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 2020, la Depresión será la 2ª causa de discapacidad en el mundo, superando enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes y la hipertensión arterial.

Según Karasu, B. (2003), en México, la depresión es ya también un problema de salud pública y aún cuando existen varias alternativas farmacológicas en el mercado, las cifras de remisión de esta enfermedad son muy bajas. Las metas recomendadas para tratar la depresión incluyen a la remisión de los síntomas y recuperación de la actividad normal del individuo. La remisión está ligada a resultados óptimos, menos recaídas y recurrencias, médicos del primer nivel de atención son pieza clave en la detección y tratamiento temprano de la depresión.

La carga económica de la Depresión.

Greenberg P.(2003), realiza una investigación que arroja los siguientes resultados (cit. En Karasu, (2003).

El costo anual total es enorme debido a que la depresión genera consecuencias, entre otras laborales:

PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD

- Ausentismo.- El paciente promedio queda totalmente incapacitado para trabajar o llevar a cabo sus actividades normales durante 350 días / año.

MALA PRODUCTIVIDAD

- La reducción del desempeño en el trabajo da lugar al 81% de los costos.

COSTOS DIRECTOS

- Cuidados para pacientes internos.
- Cuidados para pacientes externos.
- Productos farmacéuticos.

SUICIDIO RELACIONADO CON DEPRESIÓN

- 18 millones de consultas / año.
- 100 millones de prescripciones/año.
- “Paradoja clínica” –solo 1 de 3 pacientes está diagnosticado adecuadamente.

Clínicamente la depresión se caracteriza por tristeza, pocas energías, incapacidad de disfrutar la vida, pocos deseos de participar en actividades, pérdida de interés o entusiasmo y aspecto triste (Karasu, B. 2003).

Algunos síntomas adicionales como fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa, dificultad para concentrarse pensar o indecisión, ideas recurrentes de suicidio, todos estos casi siempre.

La depresión como trastorno incluye diversas clasificaciones pero en todos podemos encontrar formas básicas.

Según Karasu, B. 2003), Muchos pacientes deprimidos presentan retardamiento como signo sobresaliente, reaccionando y desplazándose lentamente. El trastorno del sueño, que se considera casi como patognomónico de la depresión, aparece en forma de despertar precoz matutino.

Los signos y síntomas de la depresión difieren en gravedad y varían según los individuos. La definición de reacción psicótica depresiva requiere que sea de tipo grave con una importante interpretación equivocada de la realidad y posiblemente con ideas delirantes y alucinaciones.

En los estados depresivos, el flujo de asociaciones se hace más lento, como una secuencia lógica de la tristeza. El paciente piensa y habla lentamente, no reacciona prácticamente a su ambiente. La variación de sus pensamientos está limitada por una repetición perseverante de su pesimismo y su desesperanza. Se quejan de que pensar les supone un esfuerzo consciente considerable, de poca capacidad para concentrarse y de que su memoria está deteriorada. En casos extremos de retardo debido a la depresión, el cuadro puede parecerse al mutismo catatónico de una esquizofrenia catatónica (Karasu, B. 2003).

Los episodios del trastorno depresivo mayor pueden clasificarse en leves, moderados o graves. Los episodios leves se caracterizan por la presencia del menor número de síntomas requeridos para realizar el diagnóstico y por un leve deterioro funcional. Los episodios moderados constan de varios síntomas que superan el mínimo número de síntomas requeridos y por niveles más elevados de deterioro funcional. Los episodios graves incluyen la mayoría de los síntomas de los criterios y una incapacidad social o laboral evidente y observable. En el peor de los casos, los pacientes pueden ser totalmente incapaces de desenvolverse social o laboralmente e incluso de alimentarse, vestirse o de mantener las mínimas pautas de higiene personal. La naturaleza de los síntomas como la ideación o conducta suicida, también deben tenerse en cuenta al evaluar la gravedad.

El trastorno depresivo mayor a veces va acompañado de alucinaciones o ideas delirantes, que pueden ser congruentes o incongruentes con el estado de ánimo depresivo.

Son aquellos que tienen características como tristeza, irritabilidad, pérdida de interés o placer para casi todo, incluyendo síntomas como perturbaciones del sueño dormir en exceso o casi no dormir, según lo normal (hipersomnia o insomnio), de la alimentación; comiendo mucho más ó menos de lo que es habitual (hiperfagia o anorexia), o de la actividad psicomotriz; de nuevo moviéndose muy rápido o más lentamente.

Para Kaplan H. Y Sadock, B (1987), afirman que a medida que la depresión remite, también se acelera la tasa de pensamiento y palabras. Si la condición cambia a un estado maníaco se produce una urgencia por hablar, este hablar voluble es difícil de interpretar, incluso puede progresar hasta la fuga de ideas, un flujo de palabras a alta velocidad. Puede saltar de un tema a otro relacionado, pero la progresión del pensamiento es ilógica y nunca se alcanza el final.

La experiencia mística parece representar un estado específico de la conciencia algunos episodios pueden ocurrir a las personas normales bajo situaciones de agotamiento o por inducción de anestesia pero son estados comunes en casos de trastornos por ejemplo:

1. Inefabilidad. La persona insiste en que su experiencia no se puede expresar ni describir, que es imposible de transmitir.
2. Noesis. La persona siente que el misterio del universo se ha manifestado y ha tenido lugar una inmensa iluminación o revelación.
3. Transitoriedad. Un estado que puede durar un lapso de tiempo corto, pero es inolvidable y permea toda la actividad posterior.

4. Pasividad. Hay una privación de la voluntad, como si la persona estuviera atada a un poder superior.

El paciente deprimido puede sentir que el mundo estaría mejor sin él y puede tener impulsos o ideas suicidas, sobre una base altruista. Puede perder su deseo por la comida, la familia, el sexo, el trabajo, las diversiones (Kaplan H. Y Sadock, B 1987).

Existe una variante en el trastorno depresivo por lo que incluimos esta breve descripción:

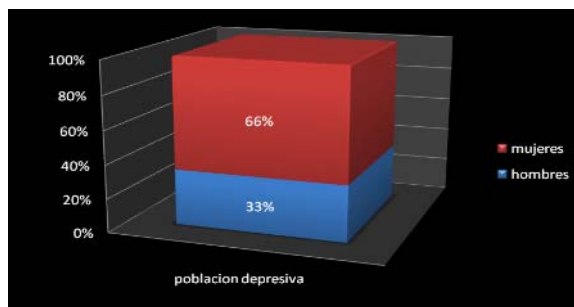
DISTIMIA

Para Karasu, B. (2003), el diagnóstico diferencial entre distimia y trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil, ya que ambos trastornos comparten síntomas y se diferencian básicamente en la duración y gravedad. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados que se distinguen de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos que se han mantenido durante 2 años como mínimo. Si tras el inicio de lo que parece ser una distimia sobreviene directamente un episodio depresivo mayor, el diagnóstico adecuado es trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

Las personas con distimia presentan con frecuencia un trastorno depresivo mayor asociado y este trastorno a menudo se conoce como depresión doble. La probabilidad de que los pacientes con depresión doble se recuperen del todo es menor que en pacientes con un trastorno depresivo mayor sin distimia.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Puede ocurrir a cualquier edad pero el suicidio es más frecuente en personas entre 18 y 44 años, especialmente entre los 25 y 34.



Se observa una razón al 2:1, relativa al sexo en las culturas occidentales siendo las mujeres entre los 18 y 55.

Algunos estudios estiman que la prevalencia durante la vida es del 26% para las mujeres y el 12% para los hombres. El trastorno es de 1.5 a 3 veces más frecuente en personas con un familiar de primer grado afectado por el trastorno con respecto a la población general. Y suele ir acompañado de otras enfermedades.

A menudo, los episodios del trastorno depresivo se producen de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido, el divorcio o la ruptura de una relación importante. En ocasiones, el nacimiento de un hijo precipita un trastorno depresivo. Los pacientes con trastorno depresivo diagnosticado en consulta psiquiátrica tienden a

presentar episodios más graves y es probable que sufran otros trastornos mentales en comparación con los individuos de la población general.

HISTORIA Y CURSO NATURAL.

Según Karasu, B (2003), la edad promedio de inicio es a finales de la segunda década de la vida, pero el trastorno puede empezar a cualquier edad. Los síntomas suelen desarrollarse durante días o semanas. En los meses anteriores pueden darse síntomas como ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias o síntomas depresivos que no alcanzan el umbral diagnóstico. En algunos casos el trastorno se desarrolla bruscamente. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Sin tratar, el episodio dura normalmente 6 meses o más. Algunos pacientes con trastorno depresivo pueden sufrir un episodio maníaco o hipomaniaco y entonces debe realizarse un diagnóstico de trastorno bipolar.

Aunque algunas personas presentan solamente un episodio depresivo mayor y vuelven a conseguir totalmente el nivel premórbido de actividad. Se estima que entre un 50 y un 85% de las personas con ese episodio posteriormente presentaran otro episodio, momento en el que la enfermedad cumplirá criterios para el trastorno depresivo asociado a distimia, están expuestos a un mayor riesgo de episodios recidivantes del trastorno depresivo mayor que las personas sin distimia.

La Depresión se encuentra involucrada con la mayoría de los trastornos, a veces como característica y en otros como parte del estado de ánimo, sin dejar de mencionar que existen clasificaciones de trastornos depresivos per se.

REHABILITACIÓN

Revisamos en el área de Rehabilitación, buscando métodos viables de acuerdo a sus necesidades, que al mismo tiempo pudieran ser factibles de ser operadas dentro de la institución.

Hablando de Rehabilitación, nos referimos a que esta debe darse en términos, físico, psíquico y social.

Cuando una persona presenta un problema físico, este repercute en áreas psicológica, afectiva y probablemente en la social. Así como el que presenta uno psicológico o psiquiátrico, trascenderá a las otras.

En el caso particular de los usuarios que se encuentran en el CAIS Cuemanco que padecen estos trastornos encontramos que su problemática es múltiple y compleja. Muchos de ellos no tienen familia, han llegado a ese lugar por medio de la organización de la Asistencia Social, como indigentes y cuando se les determina algún trastorno psiquiátrico se les deriva a Cuemanco. La mayoría no son buscados y en ocasiones no aportan datos que los identifiquen.

A partir de los avances del desarrollo de un modelo de atención comunitaria como el caso de los CAIS, cuyo objetivo es atender y en algunos casos integrar al usuario, superando la institucionalización. Es como se hace necesario la rehabilitación psicosocial, misma que tratará de apoyarlos, haciendo lo posible por que se desenvuelvan en la comunidad con la mayor autonomía y calidad de vida posible.

La rehabilitación de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un término que se aplica a los impedimentos físicos y mentales y que consiste en el uso racional de procedimientos como son las medidas médicas, sociales, educativas y

vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo y tratar de llevarlo a los niveles más altos de su capacidad funcional, de acuerdo con sus posibilidades reales (cit. En Cozalt R.(1997).

Rodríguez G. (1994), la define como el proceso que tiene como meta, ayudar a las personas que padecen alguna discapacidad psiquiátrica, a reintegrarse en la Comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que puedan mantenerse en su entorno social en condiciones lo más normalizadas e independientes como sea posible.

Caplan, afirma que la expresión de prevención terciaria abarca la acción comunitaria de reincorporar al individuo a su núcleo social y le da a la rehabilitación una categoría de exclusiva e individual (citado en Cozatl R. 1997).

Bellak, "afirma que el objeto principal de la rehabilitación es la reconstrucción de la fuerza del ego del paciente, a fin de que este pueda volver a encontrarse mentalmente capacitado, listo para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales" (Citado en Cozatl R. 1997).

Ordaz (1988), menciona que es el conjunto de procedimientos biológicos y psicosociales utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibiliten un adecuado ajuste social producto de alguna afección psiquiátrica, el objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar al normal como sea posible (citado en Cozatl Rivera M. A 1997).

Reubicar al usuario en un lugar independiente dentro de la comunidad ya sea en su actividad anterior o en otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible sería el objetivo.

En el caso de los usuarios del CAIS, esto se inicia en el Centro, realizando una selección de los que muestren mas habilidades, adaptación y posibilidades de integración a la comunidad a través de la llamada "Casa de medio camino", llevando a cabo un seguimiento del estado de salud, a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacional, educativa, laboral, recreativa y ocupacional, las que implican la resocialización del enfermo mental.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS

Tomando en cuenta las características de los usuarios y contando con que el Taller comprende ejercicios diseñados para estimular el área motora, se puede cubrir otro aspecto que es el psicosocial, realizando los ejercicios dentro de un grupo, promoviendo la interacción de los miembros.

La rehabilitación psicosocial intenta proporcionar al paciente los medios para mejorar su desempeño en la comunidad, promoviendo que lleven a cabo actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales esta capacitado.

Saraceno (1994), considera que en las últimas décadas la rehabilitación ha tomado gran importancia en el tratamiento de los enfermos mentales, definiéndose como "el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad" (citado en Cozalt Rivera 1997).

Derivadas de las carencias y dificultades para manejarse adecuadamente las personas con trastornos mentales son afectadas en su nivel de autonomía e integración social.

La rehabilitación psicosocial se desarrolla para enfrentarse a las discapacidades y dificultades psicosociales que caracterizan a la enfermedad mental crónica y ante las que los tratamientos psiquiátricos y psicofarmacológicos resultan insuficientes.

Teniendo como meta ayudar a los usuarios del CAIS “Cuemanco”, a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan adaptarse a su entorno social en condiciones lo más autónomas, normalizadas e independientes como sea posible.

¿Qué es una enfermedad mental crónica? ¿Cuáles son sus características?

Según Cozalt R. (1997), una definición de enfermo mental crónico se refiere a aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación con aspectos de su vida diaria y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica.

La cronicidad es pues, una limitación esencial que se extiende por largo tiempo en la vida de un enfermo.

Evolución del concepto de cronicidad.

Surge la nosología y el estudio científico de las enfermedades mentales a mediados del siglo XIX.

La cronicidad es sinónimo de estancia en el asilo, de internamiento de por vida. En la nosografía de Kraepelin (1927), se considera la enfermedad como crónica desde el mismo momento en que aparece su fase aguda sin esperar a la presencia de los síntomas de incapacidad (cit., en Cozalt R. (1997)

Durante el siglo XX se pasa por varias etapas. De 1900 a 1930 priman las medidas de ahorro y de control de la expansión de la enfermedad mental. En los años treinta los nazis abogan por la eugenesia de vidas sin valor y por supuesto la esterilización de personas que presentaban oligofrenias, esquizofrenias, locura circular, corea de Huntington, epilepsia, ceguera hereditaria, sordera hereditaria, malformaciones hereditarias y alcoholismo severo.

Durante la posguerra se empieza a cuestionar el manicomio como institución fundamental. Los avances técnicos aumentan el número de personas detectadas con padecimientos crónicos.

Aparecen, por fin, los neurolépticos como elemento sumamente eficaz en la lucha por el control de la enfermedad mental.

Surge posteriormente la crítica a la “neurosis institucional” y la cronicidad aparece no ya como un problema médico, sino como un problema económico y social.

Las escuelas psicológicas y sociológicas minaron el pensamiento médico-tradicional que había avanzado por los tratamientos biológicos (lobotomías, leucotomías) y por la selección entre agudos y crónicos.

Aparece la psiquiatría comunitaria y la ideología del mantenimiento en la comunidad y se conceptualiza la cronicidad como un complejo entramado de relaciones

institucionales, sociales y personales, surgiendo la necesidad de cambio apoyada por todos los nuevos conceptos de atención comunitaria.

Siguiendo los criterios de la American Psychiatric Association (1980), los enfermos mentales crónicos serían “aquellas personas que padecen psicosis esquizofrénicas, orgánicas o trastornos afectivos mayores recurrentes, que generan incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria.

Estas características contribuyen a crear dificultades para mantener un trabajo, disponer de unos ingresos, ser solventes y disponer de una vivienda. Como resultado de sus trastornos mentales y de la incompetencia social para compensar sus dificultades, estos pacientes padecen aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana, desempleo, pobreza, hospitalizaciones reiteradas, prisión o falta de vivienda.

Goldman (1981), ofrece una definición ampliamente aceptada por los clínicos “Enfermos mentales crónicos son aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales (síndromes cerebrales orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos y maniacodepresivos recurrentes y psicosis paranoides o de otro tipo), además de otros trastornos que pueden llegar a ser crónicos y erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana (higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio) y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica”

La enfermedad mental crónica se caracteriza, en general, por un curso largo con recidivas periódicas y a veces deterioro progresivo. Estas recidivas son las que provocan habitualmente ingresos hospitalarios cada vez más largos y deteriorantes. El mismo deterioro progresivo contribuye a la desubicación sociocultural del enfermo, el aislamiento social y por ende, a convertirse en un factor de riesgo añadido para la aparición de nuevas crisis.

Factores de pérdida que usualmente se consideran asociados a la enfermedad mental crónica.

Estos son recogidos fundamentalmente en la escala de síntomas negativos de Andreasen:

- ❖ Pobreza afectiva. Empobrecimiento característico de la expresión emocional, de la reactividad y del sentimiento:
 - Expresión facial inmutable.
 - Movimientos espontáneos disminuidos.
 - Escasez de ademanes expresivos.
 - Escaso contacto visual.
 - Ausencia de respuesta afectiva.
 - Incongruencia afectiva.
 - Ausencia de inflexiones vocales.

- ❖ Alogía. Empobrecimiento del pensamiento y de la cognición:
 - Pobreza de lenguaje.
 - Pobreza del contenido del lenguaje.
 - Bloqueo.

- ❖ Abulia/apatía, falta de energía de impulso y de interés:
 - Aseo e higiene.
 - Falta de persistencia en el trabajo o escuela.
 - Anergía física.

- ❖ Anhedonia/insociabilidad. Dificultades para experimentar interés o placer:
 - Intereses o actividades recreativas.
 - Actividad o interés sexual.
 - Capacidad para sentir intimidad y proximidad.
 - Relaciones con amigos y semejantes.

- ❖ Atención. Problemas de concentrar la atención o que sólo se es capaz de concentrarla esporádicamente o erráticamente:
 - Distracción social.
 - Falta de atención.

Kuehnel y colaboradores (1984), defienden una serie de necesidades básicas de los enfermos mentales crónicos en función de sus déficits fundamentales:

- ◆ Asistencia para su aseo e higiene personal.
- ◆ Apoyo para el control de la medicación.
- ◆ Apoyo para el mantenimiento de su casa.
- ◆ Apoyo para el mantenimiento de su trabajo.
- ◆ Apoyo para el manejo adecuado del dinero.
- ◆ Apoyo para las tramitaciones administrativas.
- ◆ Apoyo para el manejo del transporte.
- ◆ Apoyo para su independencia personal.

El proceso de acercarse a alguien de motivarlo, para que acepte acudir y acuda, por ejemplo, a las sesiones de un programa de habilidades sociales, no es previo y necesario para la rehabilitación, sino que “ya” es rehabilitación.

Justificación del trabajo de actividades de vida diaria con enfermos mentales crónicos.

La enfermedad mental crónica en un porcentaje de los casos (sobre todo en esquizofrenias), suele cursar con un deterioro, que se pone de manifiesto en déficits de los aspectos más básicos de auto cuidado y autonomía personal, en la organización del ritmo de vida, en el conocimiento del entorno sociocultural y en el manejo de los recursos sociales que les rodean.

Al entrenar y fomentar hábitos de cuidado personales y autonomía se aumenta la calidad de vida del individuo, a la vez que se crean factores de protección personales y se mejoran las relaciones sociales.

TRABAJO CON GRUPOS

El medio ambiente supone una variable importante en el proceso de adquisición de nuevas conductas, por lo que la línea entre tratamiento y educación puede dilucidarse, puesto que las dos producen aprendizaje, por esto se considera que el enlace entre

las diversas teorías de desarrollo, las de conducta y la Rehabilitación psicosocial es sin duda el Trabajo con Grupos.

Un grupo es el medio en el que los miembros del mismo van a manifestar actitudes que deberán ser promovidas para su evolución como la disposición, la integración, el aprendizaje físico y social, censuradas como la violencia, los arrebatos, el mal manejo de emociones. Esto ayudará a crear o rescatar conductas sociables como la convivencia armónica con sus compañeros, el mayor control de impulsos que exige la pertenencia a un grupo. Además de esta manera podrá abarcar y beneficiarse a mayor población (DGEE 1980).

Ibarra L (2001) Dice que en la Terapia de Grupo se orienta a la solución de problemas en los que los miembros, trabajan cuestiones o temas que subyacen al grupo.

La participación en un grupo, fomenta la plasticidad cerebral, definiéndola como la capacidad adaptativa del sistema nervioso, lo que les va a permitir modificar su propia organización estructural y funcionamiento en respuesta a los acontecimientos del entorno.

Al elegir una población de trabajo como la del CAIS, se encuentran las siguientes constantes:

- Trastornos mentales crónicos.
- Hombres entre 18 y 65 años.
- Comunidad poblada y desocupada.
- Muchos de ellos íntegros físicamente.
- Con movimientos en extremidades superiores e inferiores.

Para Krueger G. (1984), el trabajo en grupo ofrece ventajas:

- Los miembros aportan ayuda a los demás.- Las personas que sufren alguna incapacidad suelen ser con frecuencia receptoras de ayuda y pueden tener menos oportunidades para prestarla. En un grupo cada miembro, a la vez, recibe y proporciona ayuda. La oportunidad de sentirse necesitado y útil representa un importante estímulo para seguir sintiendo en sí mismo la satisfacción de ayudar a los demás.
- Desarrollo de la capacidad de comunicación.- Para la mayoría de los sujetos que padecen una incapacidad, el desarrollo de su capacidad afectiva de comunicación es esencial, para satisfacer sus necesidades. La interacción en un grupo aporta experiencia para escuchar a los demás y comunicarse de forma efectiva.
- Apoyo al encontrar patrones similares.- Las personas incapacitadas suelen luchar con problemas similares. Un grupo aporta la riqueza que supone contar con perspectivas distintas y soluciones diversas. En el grupo los individuos pueden convertirse en modelos de los demás miembros, siendo posible capitalizar esta poderosa herramienta de aprendizaje.
- Ayuda para personas menos comunicativas: Para aquellas personas que se muestran reacias a hablar de sí mismas, el grupo ofrece ambiente menos tenso que el que supone las sesiones individuales. Con frecuencia son los otros quienes expresan los sentimientos de un miembro reservado. Mediante el uso de estas manifestaciones, la persona silenciosa, hombre o mujer, puede adquirir seguridad para expresarse. Incluso los sujetos que se encierran en un absoluto mutismo pueden indirectamente resultar beneficiados.

- El factor cohesivo más poderoso es la semejanza de necesidades. Aún cuando la asistencia y el compromiso con el mismo suelen ser difíciles de asegurar, los individuos pueden adoctrinarse en el proceso de rehabilitación para creer que deben prestar prioridad a los problemas funcionales. Cuando esta creencia va acompañada de problemas de movilidad, descenso de la energía, dificultad para programar el tiempo e incertidumbre sobre las cuestiones psicosociales en general, la participación en el grupo puede colaborar con ellos en la consecución de sus metas, supondrá un impacto positivo sobre el compromiso con el grupo.

Los grupos pueden ser efectivos en cualquier fase del proceso de rehabilitación siempre que sus fines sean congruentes con las necesidades psicosociales de sus miembros. La finalidad del grupo definirá su enfoque y contenido. Sin embargo la meta conjunta de la terapia debe ser similar a la de la rehabilitación en general, es decir, desarrollar comportamientos que permitan que la persona pueda afrontar con efectividad el cambio en su vida.

El grupo ofrece oportunidades tanto para observar la manera en la que el individuo se relaciona con los demás, como traer a la conciencia del individuo las distorsiones en sus relaciones.

Se aumentan también los beneficios en virtud de la experiencia real de funcionar con otros dentro de un grupo establecido además de constituir un medio en el que las actitudes de cooperación pueden crecer y expandirse. El grupo terapéutico ofrece la oportunidad de resolver algunos trastornos, ya que fomenta una atmósfera en la que la persona no se ve ridiculizada ni rechazada.

PSICOMOTRICIDAD

Tomando en cuenta que la población sujeto de investigación presenta Trastornos Mentales, se considera la Rehabilitación psicosocial a través del Trabajo con Grupos; para lograr el objetivo.

¿Será posible que la Psicomotricidad resulte una alternativa práctica de atención y apoyo para trabajar con los usuarios del CAIS?.

La recolección de datos sobre Psicomotricidad, tiene como objeto explicar la relación entre pensamiento y movimiento conceptos importantes que proporcionan la base para explicar los ejercicios aplicados a los pacientes del CAIS "Cuemanco".

Nacimiento del concepto psicomotricidad.

La Psicomotricidad es una palabra que en el siglo XX, se usa para designar nuevamente esa interacción mente-cuerpo, alma, materia que preocupa al ser humano desde el comienzo de su cultura.

Aucouturier, B.(1977), afirma que literalmente Psicomotricidad significa alma-movimiento, e indica la interacción de la mente, no solo con la materia en general, sino con un atributo corporal específico que es el cuerpo.

Si consideramos a la persona con una visión global el término "psicomotricidad" puede integrar áreas cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad así entendida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

Partiendo de esta idea se pueden desarrollar distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos educativo, reeducativo y terapéutico.

García N. (1999), comenta que el movimiento es indisociable del pensamiento que lo produce por tanto el movimiento es el pensamiento en acción. El movimiento también es inseparable del aspecto relacional que tiene la conducta. Mediante la acción el individuo se relaciona con su ambiente, tanto físico como social. Por que, mediante el movimiento se configuran las capacidades perceptivas, la estructuración espacio-temporal, las capacidades de simbolización y regulación de la propia acción.

Parece claro que no pueden separarse los diferentes aspectos (afectivos, cognitivos y conductuales) que configuran a la persona en su conjunto. Si hay algún elemento que aglutine estos aspectos es el movimiento, por ello surge la psicomotricidad como instrumento para desarrollar, a partir del movimiento y la acción corporal a la persona en su conjunto.

Nuestro cuerpo desempeña un papel importante en cada proceso intelectual; a lo largo de nuestro desarrollo como seres humanos, desde el seno materno y hasta la edad adulta, es él quien proporciona al cerebro la valiosa información del ambiente que nos rodea.

Ibarra L. (2001), afirma que los movimientos activan las redes neuronales a través del cuerpo haciendo que este se conforme como instrumento de aprendizaje, por ello podemos afirmar que el aprendizaje se da conjuntamente en la relación cuerpo/mente, es decir, integralmente.

El movimiento, por tanto, es una parte indispensable del aprendizaje y el pensamiento. Cada movimiento que efectuamos se convierte en un enlace vital para el aprendizaje y el proceso cerebral. Nuestro pensamiento se manifiesta en acción; incluye desde el movimiento atómico de tus células hasta los impulsos eléctricos que se desprenden y se concretan como actos específicos: caminar, mover los brazos, voltear hacia atrás, cerrar los ojos, cantar, dibujar, hacer deporte, dar un beso, prender la luz, peinarse, abrocharse los zapatos, etc.

El término área psicomotora, dado en Francia, pretendía abarcar tanto el área psíquica como motora y se ha unido en un bien común: el deseo de encontrar a este problema una solución que tenga base psicológica.

Aunque esforzándose en enfatizar el rasgo de unión entre psique y soma, lo psicomotor, continua diferenciando los dos modos de actividad del ser humano:

- 1.- Actividad motora.
- 2.- Actividad mental con sus dos componentes: socioafectivos y cognoscitivos.

Por lo que las dos formas se interrelacionan, se complementan e influyen.

¿Cómo elaborar un programa de psicomotricidad, considerando las características de los usuarios del CAIS "Cuemanco", que entienda sus necesidades y las cubra, partiendo de que el pensamiento se construye con la experiencia del movimiento y la acción. Considerando que el movimiento puede desplegar el potencial para aprender, pensar, crear encontrando todos los recursos esperando ser activados.?

La psicomotricidad forma parte de una concepción del desarrollo que hace consciente la maduración de las funciones neuromotrices y de las capacidades psíquicas del

individuo de manera que ambas cosas no son más que dos formas, hasta ahora desvinculadas, de ver lo que en realidad es un único proceso.

El desarrollo de las capacidades mentales (análisis, síntesis, abstracción, simbolización, etc.), se logra sólo a partir del conocimiento y control de la propia actividad. El cuerpo, el movimiento y la acción son los elementos básicos de nuestro conocimiento y comprensión del mundo.

ALGUNOS CONCEPTOS DE PSICOMOTRICIDAD.

Ajuriaguerra (1959), explica que los comportamientos psicomotores están siempre en función de las emociones, de la afectividad del sujeto, la acción no es una simple actividad motora, ya que en el plano de las estructuras es un círculo sensitivo-senso-motor, cuyo punto de referencia es el cuerpo.

Benraï (1988), afirma que "la noción de la vida afectiva esta inminentemente enlazada con la actividad motora. Actitudes, gestos y posturas, que se manifiestan en la conducta motora, aparecen como otras tantas características de la personalidad".

Lecoyer, R. (1991), considera a "la motricidad como el conjunto de comportamientos motores en función de su relación con el psiquismo".

Durivage (1987), define a la psicomotricidad de la siguiente manera: "... la psicomotricidad estudia la relación entre los movimientos y las funciones mentales, indaga la importancia del movimiento en la formación de la personalidad y del aprendizaje y se ocupa de las perturbaciones del proceso para establecer medidas educativas y reeducativas".

Se habla de psicomotricidad cuando, la perspectiva motriz implica además, desarrollo de competencias expresivas, comunicativas, afectivas y cognitivas, mejorando la calidad de vida.

A través del movimiento, la persona puede conocerse así misma, así como a su entorno inmediato, adquiriendo conciencia de su cuerpo y del mundo que lo rodea.

A través del propio cuerpo y movimiento se relaciona con las demás personas.

A través del movimiento se conserva y mejora la salud y el estado físico, así como la prevención de algunas enfermedades.

Gracias al ejercicio se liberan de tensiones y se restablecen su equilibrio psíquico, disfrutando de su propio movimiento.

Pérez y Abiega (1986), mencionan que el movimiento compensa el sedentarismo habitual. En la medida en que aumenta su dominio motor, adquiere mayor autonomía personal, seguridad y confianza.

APORTACIONES A LA PSICOMOTRICIDAD

Piaget J (1975), explica que la actividad motora y la actividad psíquica no son realidades extrañas y que esta actividad funcional adquiere una significación.

La organización cognoscitiva se da a través de lo que él explica como la asimilación y la acomodación y que constituye para el sujeto una nueva realidad del mundo.

De ahí que el dinamismo motor sea el punto de partida de la construcción de lo que se ha dado en llamar inteligencia.

García N. y Berruezo J. (2002), afirman que la psicomotricidad es un área del conocimiento que se ocupa de los fenómenos relacionados con el movimiento corporal y su desarrollo. Es por ello que la psicomotricidad es una forma de abordar la educación y desarrollar de esta manera las capacidades del individuo (inteligencia, comunicación, afectividad, sociabilidad, aprendizaje, etc.), a partir del movimiento y la acción.

Las propiedades educativas que aporta la actividad corporal son las siguientes:

- 1.- Posibilita la toma de conciencia de las partes del cuerpo, la utilización y regularización en función del objetivo inhibiendo movimientos innecesarios.
- 2.- Conduce a la construcción del esquema corporal, con todos sus elementos y a la organización de las percepciones y acciones en una estructuración espacio- temporal adaptada a la realidad.
- 3.- Permite el conocimiento de las cualidades de los objetos y elaborar imágenes mentales. La manipulación de los objetos dará lugar, posteriormente, a las actividades mentales.
- 4.- Hace posible mediante la percepción de la relación entre la propia actividad y los resultados de la misma, la anticipación de la acción de la programación de los movimientos a realizar en función de deseos o necesidades (García N. Y Berruezo J (2002)).

ESQUEMA CORPORAL

De Lievre y States (1992) afirman que el esquema corporal es el conocimiento y conciencia que uno tiene de sí mismo, es decir de:

- * Nuestros límites en el espacio (morfología).
- * Nuestras posibilidades motrices (rapidez, agilidad...).
- * Nuestras posibilidades de expresión a través del cuerpo (actitudes, mímica...).
- * Las percepciones de las diferentes partes de nuestro cuerpo.
- * El conocimiento verbal de los diferentes elementos corporales.
- * Las posibilidades de representación que tenemos de nuestro cuerpo (desde el punto de vista mental o desde el punto de vista gráfico).

El esquema corporal puede considerarse, pues, como una estructura que evoluciona siguiendo el principio de jerarquización que rige el desarrollo de la actividad mental, según el cual las funciones más recientes se asientan sobre las más antiguas y así sucesivamente. Podemos distinguir cuatro etapas en su desarrollo:

- 1.-La de movimientos espontáneos.
- 2.-La sensorio motora.
- 3.-La perceptivo motora .
- 4.- La proyección simbólica y representación.

Lateralización y control postural.

García, N. (1999), habla acerca de la lateralidad corporal es la preferencia, en razón del uso más frecuente y efectivo de una mitad lateral del cuerpo frente a la otra. Inevitablemente hemos de referirnos al eje corporal longitudinal que divide al cuerpo en dos mitades de las cuales distinguimos dos lados, lado derecho y lado izquierdo y los miembros repetidos se distinguen por razón del lado del eje en el que se encuentran (brazo, pierna, mano, pie, derecho o izquierdo). Igualmente el cerebro queda dividido por ese eje en dos mitades o hemisferios que dada su diversificación de funciones (lateralización), imponen un funcionamiento lateralmente diferenciado.

Es la lateralidad cerebral la que ocasiona la lateralidad corporal. Es decir, porque existe una especialización de hemisferios y dado que cada uno rige a nivel motor el hemicuerpo contralateral. Es por lo que existe una especialización mayor o más precisa para algunas acciones de una parte del cuerpo sobre la otra. Pero en líneas generales esto es así, no podemos despreciar el papel de los aprendizajes y la influencia ambiental en el proceso de lateralización que construirá la lateralidad corporal. La lateralidad es un proceso dinámico que inmediatamente tiende a ponernos en relación con el ambiente.

La lateralidad corporal permite la organización de las referencias espaciales, orientando al propio cuerpo en el espacio y a los objetos con respecto al propio cuerpo. Facilita por tanto los procesos de integración perceptiva y la construcción del esquema corporal.

La postura es la posición que adopta nuestro cuerpo para actuar, para comunicarse, para aprender, para esperar, etc. Es una posición del cuerpo entero, o de una parte del cuerpo, que sirve para la preparación de un acto y puede por otra parte desencadenar una secuencia de movimientos cuyo final es un estado.

Comellas, M y Peperpinya (1984), dicen que la postura esta sostenida por el tono muscular. El equilibrio es el ajuste postural y tónico que garantiza una relación estable del cuerpo, a través de sus ejes, con la actividad gravitatoria a la que se ven sometidos todos los elementos materiales, se basa en la propioceptividad, la función vestibular y la visión, siendo el cerebelo el principal coordinador de esta información.

Para ellos, el equilibrio es la capacidad para vencer la acción de la gravedad y mantener el cuerpo en la postura que deseamos, sea de pie, sentada o fija en un punto sin caer. Este equilibrio implica:

- * Interiorización del eje corporal.
- * Disponer de un conjunto de reflejos que instintivamente primero y conscientemente después, permitan al sujeto saber como ha de disponer las fuerzas y el peso de su cuerpo y también los movimientos para conseguir no caerse.

Tonicidad y estructura espacio – temporal.

Pérez y Abiega (1986), afirman que el tono se manifiesta por el grado de tensión muscular necesario para poder realizar cualquier movimiento, adaptándose a las nuevas situaciones de acción que realiza la persona, como es el andar, coger un objeto, estirarse, relajarse, etc. El tono muscular esta regulado por el sistema nervioso, para poder desarrollar un equilibrio tónico, será necesario que experimente el máximo de sensaciones posibles, en diversas posiciones y en diversas actitudes estáticas y dinámicas.

Las alteraciones del tono muscular pueden oscilar desde una contracción exagerada (paratonía o hipertonia), hasta una descontracción casi en estado de reposo (hipotonía)

o atonía), por tanto la conciencia y la posibilidad de utilización del cuerpo depende del correcto funcionamiento y control tónico.

Ceballos T. (2001), explica que la educación corporal utiliza fundamentalmente el movimiento con fines educativos, reeducativos y terapéuticos. Su propósito es conseguir la disponibilidad corporal imprescindible para cualquier actividad intelectual o deportiva.

La educación corporal por otra parte, se presenta como una necesidad de base para asegurar al sujeto el desarrollo más armonioso de su personalidad, ya que este se relaciona con el mundo sobre todo a través de su cuerpo, que se convierte así en un elemento indispensable para la organización de todo el aprendizaje.

La educación corporal es una educación de la persona que se basa en el movimiento y que debe integrarse en el contexto de la educación general. Esta educación corporal considera en sus diversos aspectos y según a quien vaya dirigida:

- 1. Una educación psicomotriz, cuando se dirige a los niños en edad preescolar.**
- 2. Una reeducación psicomotriz cuando se dirige a personas afectadas por trastornos psicomotores.**
- 3. Una terapia psicomotriz cuando los trastornos psicomotores están asociados a trastornos de personalidad.**

La psicomotricidad es una técnica educativa que utiliza el movimiento corporal para la consecución de ciertos fines educativos y el desarrollo psicológico de los individuos, además el lenguaje se estimulará frecuentemente con actividades que impliquen no solo una actividad oral, sino una vivencia de situaciones donde el cuerpo y el movimiento se encuentran directa y claramente implicados, por esto partiendo del hecho de que las funciones motrices y psicológicas constituyen una unidad indisoluble se utiliza la psicomotricidad para el desarrollo global del individuo.

Educar la capacidad sensorial: A partir de las sensaciones del propio cuerpo, trata de abrir vías nerviosas para que la transmisión de la información sensorial sea lo más rica posible. La información sensorial puede referirse al propio cuerpo, tanto la que informa de procesos de nuestro organismo (la respiración, el latido, la digestión), como la que informa sobre la tensión muscular, la posición de las partes del cuerpo, el equilibrio o el movimiento corporal. O puede referirse al mundo exterior (forma, color, tamaño, temperatura, peso, etc.) y la posición de las personas y objetos que nos rodean.

Educar la capacidad perceptiva: Consiste en una organización y estructuración de la información sensorial tanto del propio cuerpo como del ambiente, que se integra en esquemas perceptivos que dan sentido a la realidad. Las percepciones corporales dan lugar al esquema corporal a partir de la toma de conciencia de los elementos que configuran el propio cuerpo, así como de su posición y movimiento en el espacio.

Educar la capacidad simbólica y representativa: Mediante la simbolización, el cerebro dispone de una amplia y estructurada información que sin ayuda externa organiza y dirige los movimientos a partir de la representación mental del movimiento. En la representación interviene el lenguaje de forma determinante, tanto en el análisis y síntesis de las representaciones como en la creación de planes previos de acción.

García B. (2002), afirma que la práctica psicomotriz como instrumento educativo se fundamenta en una serie de actitudes pedagógicas inspiradas en reconocidas teorías como:

La pedagogía del éxito: Se parte de las capacidades que tienen las personas y se les proponen actividades que son capaces de realizar. Se valoran los éxitos, lo que estimula la realización de nuevas actividades, así como la confianza y la seguridad.

La pedagogía por objetivos: En lo que se refiere a la preparación y planificación de actividades, se programa el trabajo en función de objetivos procesales y finales que dependen de cada participante, con lo que no se promueve la competición entre ellos. Solo se comparan los rendimientos actuales con los rendimientos anteriores de una misma persona para ver si se alcanzan o no los objetivos propuestos.

La pedagogía constructivista. El constructivismo sostiene que la propia actividad del individuo es lo que le permite desarrollarse progresivamente. Ante los nuevos aprendizajes, se construyen significados a partir de experiencias previas. El aprendizaje significativo parte de la experiencia para, desde ella, establecer relaciones con elementos de la realidad. Se trata de un proceso de construcción de significados a partir de la propia experiencia y contando con el apoyo de los conocimientos y la interacción con los demás (Ceballos T. 2001).

LA PSICOMOTRICIDAD EN EL TRABAJO CON ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS.

La utilización de la psicomotricidad en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos tiene su justificación en el hecho de que esta disciplina brinda un gran apoyo por trabajar aprendizajes básicos necesarios para el proceso rehabilitador.

Según Da Fonseca V, (2004), la psicomotricidad es una técnica que nos permite abordar la educación y en algunos casos, la reeducación de los siguientes aspectos de la persona:

- Reeducar la sociabilidad, trabajar para que las relaciones personales mejoren o reaparezcan. El cuerpo humano es el medio de comunicación en el cual se recoge y se transmite la información. A un cuerpo rígido, con poco movimiento, le cuesta mucho recoger y enviar mensajes al exterior. Un trabajo de movilización sobre el cuerpo implica un bienestar corporal y una mayor facilidad para comunicarse con los demás.
- Paliar los trastornos motores, como pueden ser los referidos a la actitud o posturales, inadaptaciones relacionadas con la coordinación dinámica general, trastornos del equilibrio, etc. Se pretende la adaptación del tono muscular adecuado, que permitirá mejorar el estado del cuerpo, la postura y la armonía del movimiento.
- Reeducar la percepción, teniendo en cuenta que ésta es un proceso activo y por tanto, producido por el propio cuerpo. Así se analizará cómo el cuerpo percibe los estímulos exteriores y responde a esos estímulos.
- Trabajar el desarrollo cognitivo. Desde la psicomotricidad se pueden trabajar no sólo las áreas de memoria y atención, sino también la escritura, la lectura y las relaciones lógicas y topológicas.

Podemos decir que el objetivo de la psicomotricidad es lograr que el sujeto tenga una mejor vivencia y conocimiento de sí mismo, para que a través de ese conocimiento mejore la relación con el mundo que le rodea (personas y objetos). La psicomotricidad facilita una autopercepción positiva que permite mejorar la relación con la realidad y lograr una vivencia plena del cuerpo como medio de comunicación.

Para Da Fonseca V. (2004), ocasionalmente, las alteraciones del comportamiento van unidas a alteraciones de la percepción del cuerpo, porque tiene lugar una desestructuración de la realidad, pero además se van a producir otras alteraciones como:

- Falta de capacidad de comunicación a través de los canales no verbales.
- Desconocimiento de la imagen, del dominio y de la conciencia del cuerpo.
- Experiencias sensitivas anormales, aún sin presencia de patología.
- Efectos secundarios de la medicación como torpeza motora, temblores, etc.
- Deformación en la actividad motora, que se manifiesta a través de una torpeza corporal generalizada.
- Dificultad para realizar ejercicios que requieren cierto nivel de motricidad fina.
- Incapacidad para centrarse en sensaciones corporales de bienestar, es decir, en relajarse para controlar mejor las propias reacciones.

ORÍGEN E HISTORIA.

Tras la revolución industrial, la dicotomía mente-cuerpo básica en la tradición cultural judeocristiana comienza a ponerse en entredicho. Este cambio de actitud es debido a las influencias derivadas de diversas disciplinas:

- Las investigaciones de S. Freud sobre la histeria ponen de manifiesto la profunda relación entre lo psíquico y lo corporal, sentando las bases de una concepción psicosomática del individuo.
- Los avances de la neurofisiología que descubren las estrechas relaciones entre las diferencias psíquicas y las motrices.
- El desarrollo de la psicología del conocimiento, representada sobre todo por Piaget y Wallon, que insiste en el papel fundamental del desarrollo psicomotor en la construcción de la personalidad.

Dupré (1925), menciona que por distintos caminos ha ido poniéndose de manifiesto que el cuerpo humano no es una entidad meramente biológica y autónoma, sino que condiciona y está condicionada por otras estructuras de la personalidad, estructuras cognitivas y afectivas. De estas aportaciones surge la llamada “educación psicomotriz”, que empieza a difundirse sobre todo en Francia a partir de los años cincuenta. En nuestro país no sería hasta la década de los sesenta cuando la educación psicomotriz comienza a tener cierta relevancia (cit. En Rodríguez G. 1994).

El concepto de “psicomotricidad” se puede sintetizar como un proceso de educación dirigido no al cuerpo como una entidad biológica, sino como una entidad psicosomática, que se resume básicamente en el “esquema corporal”.

Rodríguez G. (1994), afirma que la educación psicomotriz se puede definir como un método que permite el tratamiento de los trastornos o deficiencias de la conducta a través del movimiento y que tiene sus orígenes en la psiquiatría y la psicología. Cuanto más se estudian los desórdenes motores psicópatas, más se llega a la convicción de las estrechas relaciones entre las anomalías psíquicas y motrices, relaciones que son la explosión de una solidaridad original y profunda entre los movimientos y el pensamiento.

Ley de Psicomotricidad: entre ciertas alteraciones mentales y las alteraciones motrices correspondientes existe una unión tan íntima y un parecido tal que constituyen verdaderas parejas psicomotrices. Si esta unión se establece en individuos normales, es constante en las alteraciones psíquicas, incluso cuando la sintomatología es puramente motriz, intelectual o afectiva.

Wallon, (1976), destaca el papel fundamental de las funciones tónica y motriz en el desarrollo de la personalidad, así como la importancia de los elementos psíquicos, sobre todo los afectivos y su relación, con la producción del movimiento. Nuestra forma de relacionarnos con el mundo, expresarnos y comunicarnos, dependen de nuestra organización psicoafectiva (citado en Rodríguez González 1994).

Piaget, (1979), aporta que básicamente en las concepciones de la psicomotricidad se encuentran constataciones de la importancia de las acciones físicas en la elaboración de las funciones mentales, de lo sensomotor a lo simbólico y de éste a lo operacional. La organización del conocimiento se realiza mediante la dinámica de la acción, que al repetirse se generaliza y asimila nuevos objetos.

Guilmain (1948), habla acerca de que existe un paralelismo entre el comportamiento psicomotriz y el comportamiento general. La educación física podría desempeñar un papel importante en la reeducación de los trastornos del pensamiento. Así es como se pasa de la reeducación física a la reeducación psicomotriz. Se viene a proponer una ampliación del campo de las actividades reeducativas, señalando tres tipos de actividades:

- a) Reeducación de la actividad tónica:
 - Ejercicios de actitud, ejercicios de equilibrio y de mímica.
- b) Reeducación de la actividad de relación:
 - Ejercicios para reducir las sincinesias y ejercicios de coordinación motora.
- c) Desarrollo del dominio motor: la rítmica y los movimientos asimétricos, disimétricos y contrariados.

Según Rodríguez G. (1994), el trabajo con enfermos mentales se desarrolla la reeducación psicomotriz, puesto que los trastornos psicomotrices tienen su manifestación en el cuerpo. Estas perturbaciones se manifiestan particularmente a través de las funciones tónicas, motoras y emocionales, evidenciando de modo particular dificultades de control y de utilización de funciones psicomotoras en la relación.

CONTENIDOS

- a) Esquema corporal. Trabajar el esquema corporal tiene como objetivo que el usuario tome conciencia de todo su cuerpo, como un conjunto de zonas que se pueden mover, utilizar y sentir con independencia. Los aspectos externos de la motricidad dependen de la organización del esquema corporal. Esta organización implica:
 - Tono muscular
 - Equilibrio
 - Respiración.
 - Relajación.
 - Coordinación dinámica general.
 - Coordinación fina.
 - Desarrollo sensorial.
- b) Estructuración espacio-temporal. La percepción espacio-temporal es una continuación del esquema corporal. Lo que se pretende es que el sujeto desarrolle su propio yo, su organización dinámica, en el tiempo y en el espacio. La organización espacio-temporal es fundamental para obtener una buena conciencia corporal (propia y ajena), además de eliminar problemas en cuanto al esquema corporal, al comportamiento, a la representación y estructuración, etc.

- Ritmo.
 - Orientación, organización y representación espacial, temporal y espacio-temporal.
- c) Relación con el medio. Las actividades de relación con los compañeros facilitará que el usuario mantenga contactos con personas de su entorno y distintas de él, con lo que se facilitará la reeducación.
- Interrelación.
 - Expresividad.

Formas jugadas.

Después de tener información sobre el esquema corporal, equilibrio, tonicidad, etc. se buscaron los elementos que podrían ser los adecuados para complementar las actividades programadas, siendo estos aros y pelotas, pues son de fácil acceso, llamativos por sus colores a individuos de cualquier edad, que se prestan para trabajar con ellos dando instrucciones sencillas; además que permiten una amplia gama de posibilidades y combinaciones.

Aquino F.(1998) Comenta que las formas jugadas que involucran movimientos naturales y totales como caminar, correr, lanzar, pasar y recibir, empujar, arrastrar, balancearse, etc., permiten vivenciar el placer motriz en un clima de soltura y tranquilidad, donde el error es parte del aprendizaje y donde la capacidad creativa practica para resolver los problemas de movimiento planteados, ocupa el primer lugar.

El placer por la realización de ciertas actividades de probar, ejercitar, experimentar, es no solo una capacidad del ser humano, sino también una necesidad. No es correcto pensar que todas las tareas motrices de los jóvenes lleven un fin técnico - utilitario.

Las formas jugadas no se dan solo durante la niñez, sino que se mantienen durante toda la vida implicando siempre un sentido placentero, no solo en el ámbito concreto de los movimientos, sino que a partir de la adolescencia, entran en el plano del pensamiento.

En el ámbito motriz, las formas jugadas se mantienen con características similares en los jóvenes y en los adultos al igual que en la niñez; ya que permite un disfrute placentero y la eliminación de tensiones acumuladas por las exigencias de la vida diaria.

Dentro de las formas jugadas se encuentran por ejemplo juegos con aros y juegos con pelotas.

PELOTAS:

Las formas jugadas con la pelota involucran todas las acciones o gestos de los deportes de conjunto que utilizan este fundamental elemento lúdico.

Pero estas acciones como pases, recepciones, lanzamientos, etc., son movimientos con un rigor normativo y una técnica dada; como forma jugada mantienen sobre todo su carácter placentero.

Según como se plantean, las formas jugadas con la pelota pueden incrementarse en dificultad por los siguientes medios:

- * Por la dificultad de la propia acción.
- * Realizar la acción coordinadamente con uno o más compañeros.
- * Tocando diferentes partes del cuerpo, etc.

Las pelotas pequeñas permiten el reforzamiento y la ejercitación de la coordinación fina, por medio de acciones para manipularlas, tomarlas, lanzarlas y hacerlas botar, así como también lanzamientos variados en función de la puntería.

Por otra parte, todas las acciones que se realizan con la pelota grande, haciéndolas con la pequeña, incrementan su dificultad.

Pueden utilizarse pelotas de tenis, frontenis, pelotas de esponja, goma o material similar.

AROS.

El aro es un elemento liviano, que por sus características sugiere movimientos amplios pendulares o redondos y debe ser utilizado con suavidad y cuidado.

Los desplazamientos y recorridos amplios del aro requieren un espacio suficiente y al mismo tiempo permite el desarrollo de nociones dinámicas de tiempo y espacio.

Las acciones coordinadas entre dos o más compañeros son sumamente agradables, creándose un clima saludable de elaboración conjunta y permitiendo, a través de la búsqueda de soluciones creativas, la discusión y el compartir ideas, para obtener resultados colectivos (Aquino F. 1998).

FEEDBACK

Rodríguez González (1994), menciona que es preciso impartir feedback y refuerzo después de cada ensayo. El feedback debe ser específico para cada conducta y debe hacer hincapié en los términos positivos, amortiguando la alta sensibilidad a las críticas de esta población. Los términos negativos deben ser evitados o reducidos a los imprescindibles. Conviene hacer que participen en el feedback otros entrenados. De esta forma se evita la distracción, es una buena forma de aprendizaje y se valora si saben evaluar y discriminar los elementos comportamentales más relevantes. En los modelos básicos de entrenamiento el feedback se basa en la calidad de comportamiento en aspectos motores principalmente.

DIFERENTES SIGNIFICADOS DEL TÉRMINO INSTITUCIÓN

Tomando en cuenta que el estudio se realiza con usuarios que viven dentro de una institución, es importante dar un contexto.

Ávila, F. y Guerrero S. (2003), mencionan que, se ha denominado instituciones a los medios por los que una sociedad actúa sobre sus individualidades. Entre estas encontramos las denominadas primarias, propias de la infancia y las secundarias, como los ritos de iniciación, la religión, la cultura, etc.

El término institución también ha sido usado para designar formas de pensar, de sentir y actuar, las cuales están preestablecidas y se han transmitido por medio de la educación; por lo tanto, las ideas, costumbres, usos, creencias, símbolos, prácticas tradicionales, al igual que las jurídicas, políticas y religiosas son denominadas "instituciones".

A partir del siglo XVIII, se encierra a todos aquellos sujetos que no son productivos en Europa, ya que se intenta ocultar la miseria. Entre los que están: mendigos, vagabundos, criminales, rebeldes, políticos, herejes, prostitutas, sifilíticos, alcohólicos, idiotas y hombres estafalarios, también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ASISTENCIA SOCIAL

A lo largo de la historia, las personas que presentan enfermedades psiquiátricas crónicas, han sido marginadas y estigmatizadas.

En la antigüedad, se consideraban como evidencias de los pecados de los padres o posesiones de demonios, de esta manera eran objetos de aislamiento, internación y ocultamiento. Emanaban también sentimientos por parte de la familia y la comunidad en general de miedo, rechazo y en la medida de lo posible de alejamiento. Manifestándose actitudes negativas y prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental.

Conforme pasa el tiempo se ha creado la necesidad de entender a aquellos que se comportan "raro", con conductas inapropiadas y/o anormales. Las enfermedades mentales representaban una crisis en el sistema mágico - religioso y eran atribuidas principalmente a la violación de un tabú, a la omisión de las obligaciones rituales y posesión demoníaca.

La rehabilitación de pacientes psiquiátricos a nivel mundial no es algo nuevo desde los antiguos griegos alrededor del año 800 a.c., consideraban la conducta trastornada o psicótica como un castigo por haber ofendido a los dioses.

Hipócrates (460 - 377 a.c.), creyó que el conocimiento racional, podría servir como un camino para comprender y tratar los trastornos mentales. Él vio al cerebro como la explicación de la conducta que observamos. Describió los ataques epilépticos y llegó a la conclusión de que su causa era la enfermedad mental cerebral. Hipócrates describió al cerebro como el intérprete del estado consciente y como el órgano más importante del cuerpo, su técnica terapéutica consistía en reposo, baños y dietas. Además escribió sobre la depresión, los estados de delirio, las psicosis, etc.

En la edad media las actitudes benignas hacia los enfermos mentales se deterioraron y por todas partes se veía el intelectualismo.

Páraselso (1493-1541), creía en la astrología y atacó vigorosamente las ideas acerca de la posesión demoníaca, sosteniendo la cabeza del enfermo en un horno, para que por la chimenea salieran los demonios y los pensamientos perturbadores.

Weyer (1515-1576), tuvo el valor de insistir en que las brujas eran mujeres trastornadas mentalmente y no criaturas de Satán, hizo hincapié en la importancia de un cuidadoso examen médico de los pacientes mentales y describió una amplia gama del tratamiento clínico que debe satisfacer las necesidades de las personas trastornadas, además concluyó, que las experiencias internas y las relaciones humanas alteradas eran una causa importante de la enfermedad.

Ordaz (1988), menciona que otros intentos de rehabilitación aparecieron en el siglo XV (1409), cuando los médicos de Valencia, España eliminaron las cadenas que usaban los pacientes que sufrían una alteración mental y crearon tratamientos basándose en juegos, ejercicios libres, higiene, entrenamiento, etc.. Para brindar una auténtica asistencia asilar u hospitalaria (citado en Cozalt y Rivera 1977).

Pinel (1832), menciona que durante la revolución francesa, surge un gran cambio, en París, libera a enfermos mentales de sus cadenas, ya que consideraba que eran personas que debido a su estado miserable, merecían toda la consideración, con esto se comienza a dejar a un lado la idea demoníaca con la que se catalogaba a los enfermos mentales y se les empieza a percibir realmente como enfermos. Además de devolverles su libertad corporal.

En 1425, empieza la labor de la rehabilitación, con la fundación del hospital de Zaragoza en España, donde según testimonios de Pinel, la mayoría de los enfermos participaban regularmente en las actividades de laborterapia en forma de trabajos agrícolas para canalizar las energías de los pacientes en labores constructivas.

En 1436 se fundan hospitales en Sevilla y Valladolid, en 1480 el de Toledo y en 1481 el de Barcelona. Así la rehabilitación intrahospitalaria del enfermo mental y su recuperación a un mayor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional se remonta al pasado, se han intentado diversos métodos para ello, algunos indignos e inhumanos.

En el periodo comprendido de 1800 a 1925, el trato humano y de custodia de tipo asilar caracterizó la atención hacia el paciente.

Simons (1905), una figura que trascendió por las ideas en su tiempo por sus aportaciones en terapia ocupacional o ergoterapia, se le considera como el iniciador de la socioterapia intrahospitalaria.

En 1925 a 1930 algunos asilos psiquiátricos o manicomios se transformaron en auténticos hospitales, al incorporar en sus actividades la aplicación de una serie de métodos especiales.

ANTECEDENTES DE ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO.

Ordóñez A. y Guzmán S. (1997), mencionan que Bernal Díaz del Castillo, narra que durante la época precolombina, entre los grupos indígenas mexicanos se tenían consideraciones especiales a los ancianos. Existen testimonios de que en las civilizaciones azteca y maya, se inculcaba entre los jóvenes el respeto y aceptación de los viejos. Los ancianos eran objeto de veneración y su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política. En sus últimos años el anciano disfrutaba de una vida apacible y llena de honores, si había servido al Estado recibía alojamiento y alimentación en calidad de retiro.

Ya durante la colonia, la cristiandad creó las primeras instituciones para dar asilo y atención a inválidos, menesterosos y viejos. Durante el siglo XIV, Gerantino Alvarez organiza el Hospital de San Hipólito; más tarde, en el siglo XVIII, Don Fernando Ortíz Cortés fundó la casa de la misericordia en la que se atendía a menesterosos, un grupo especial de ancianos más necesitados.

Durante la época de la Reforma, desaparece el pedestal de la iglesia y la atención de los individuos necesitados pasa a ser responsabilidad del Estado, que crea la beneficencia pública; sin embargo, a pesar de estos cambios se hereda el carácter paternalista de atención.

En esta época también aparece la beneficencia privada, dando respaldo a la tarea del Estado en la atención de la salud del desfavorecido. En las instituciones creadas bajo este régimen privado, a finales del siglo XIX y principios del XX, algunas llegan hasta la actualidad, por ejemplo, los asilos de la Fundación García Romero, de la asociación franco – mexicana- suiza – belga, la beneficencia española y la colonia alemana.

Al término de la Revolución Mexicana, se inicia un nuevo capítulo en la asistencia a los necesitados. La constitución otorga a todo mexicano el derecho al bienestar. La beneficencia pública no responde a las nuevas orientaciones y necesidades y es sustituida por asistencia social, lo que significó un cambio de programas políticos y modelos de trabajo.

A pesar de esto la atención a la vejez fue una de las menos favorecidas dentro de la asistencia social debido a que había pocos ancianos y persistía la estructura de la familia extensa, en la cual el anciano ocupaba un lugar importante.

A partir de 1984, se crean las llamadas casas de Protección social, donde se brinda atención a adultos indigentes, en la Ciudad de México. Se inician 4 "CASAS" llamadas así por sus iniciales (Centros de Asistencia Social Albergues).

La Casa 1, atendía exclusivamente a mujeres, tenía una capacidad para 500 personas, en dicho lugar se proporcionaba atención en los 3 niveles (1° Nivel, de Prevención, 2° Nivel, de Intervención, 3° Nivel de Rehabilitación).

La Casa 2 tenía una capacidad para atender a 250 hombres adultos. Ahí se encuentra hasta la fecha el módulo de recepción para todos los hombres que ingresan a este sistema y se tienen permanentemente en las instalaciones un margen para 100 individuos destinados a familias damnificadas.

La Casa 3, se atendían a 350 beneficiarios seniles, donde la especialización básica es en el área de geriatría, esta casa proporcionaba atención de segundo y tercer nivel.

Casa 4, tenía una capacidad de 385 beneficiarios, la población estaba compuesta fundamentalmente por enfermos mentales. En este lugar la atención es predominantemente de tercer nivel, aunque no se descarta un pequeño porcentaje de sujetos que todavía puedan ser atendidos de acuerdo a los lineamientos del segundo nivel. (Información tomada de un documento interno, propiedad de la Dirección General de Protección Social del Departamento del Distrito Federal 1994).

Se han desarrollado diversos modelos de intervención y tratamiento con personas con estos padecimientos, pero actualmente se encuentran en Hospitales Psiquiátricos.

A partir del 2001, por decreto presidencial se crea a través de la Secretaría de Desarrollo Social en el Distrito Federal, INSTITUTO DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL, (IASIS).

Este Instituto se crea para dar respuesta a la necesidad que se tiene de Centros especializados que atiendan la diversidad de la Asistencia Social, contando actualmente con 10 Centros, de ellos 2 atienden usuarios con trastornos psiquiátricos; los Centros de Asistencia e Integración Social, "Cascada", que atiende casos de mujeres y "Cuemanco" que atiende los de hombres.

En este último, se encuentran 330 hombres con trastornos psiquiátricos crónicos, mayores de 18 años, indigentes, en situación de calle y abandono.

METODOLOGÍA.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo como herramienta la observación a los usuarios del CAIS "Cuemanco" realizada en recorridos por las instalaciones, se detecta que la mayoría de ellos permanecen inmóviles por largos periodos de tiempo, en sus dormitorios, en los pasillos o en los jardines, dormidos, recostados o sentados. Presentando pérdida de flexibilidad, fuerza, destreza, tanto en piernas como en brazos, lo cual repercute en sus habilidades físicas; atrofiando sus músculos lo cual desencadena problemas de marcha o postura que van de leves a moderados y aún graves, éstas condiciones afectan al paciente en factores psicológicos también, generando apatía, aislamiento y disminución de habilidades mentales e incluso pérdida de lenguaje y otros problemas de comunicación lo que en combinación con su ya deteriorado estado agravan su situación y merman su calidad de vida.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Puede un taller de Psicomotricidad ser un instrumento de ayuda en el tratamiento de enfermos con trastornos mentales crónicos usuarios del CAIS Cuemanco?

¿Puede la implementación de un taller de estas características desarrollar o incrementar habilidades en el área psicomotriz gruesa mediante ejercicios dirigidos?

Por último ¿es posible utilizar un modelo de las características del taller propuesto para ayudar a la adaptación y permanencia en el centro de aquellos usuarios que no se encuentren en capacidad de ser candidatos a reintegración fueran del Centro a mejorar sus condiciones y calidad de vida?

OBJETIVOS.

Objetivo General de la Tesis.

Determinar, mediante evidencia estadística, la posibilidad de considerar al Taller de psicomotricidad como un instrumento de apoyo de rehabilitación física que puede ayudar a mejorar la situación emocional y psicosocial de los usuarios del CAIS Cuemanco.

Objetivos Específicos.

Determinar si existe un cambio en las características físicas en los participantes en el Taller después de su participación en el mismo.

Determinar si existe un cambio en las características psicológicas en los participantes en el Taller después de su participación en el mismo.

Basándose en los resultados obtenidos evaluar la posibilidad de recomendar la implantación de un modelo semejante como instrumento de tratamiento de los pacientes del Centro.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.

Hipótesis nula (a): No existe mejora en las condiciones físicas de los usuarios después de su participación en el Taller de psicomotricidad, por lo tanto, no existe diferencia entre las medias de la población en cada observación. $H_0: \mu_1 = \mu_2$.

Hipótesis alternativa (a): existe un cambio en las condiciones físicas de los usuarios después de su participación en el Taller, por lo tanto existe diferencia entre las medias de la población en cada medición. $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ ó $\mu_1 < \mu_2$.

Hipótesis nula (b): No existe mejora en las condiciones psicológicas de los usuarios después de su participación en el Taller de psicomotricidad, por lo tanto, no existe diferencia entre las medias de la población en cada observación. $H_0: \mu_1 = \mu_2$.

Hipótesis alternativa (b): existe un cambio en las condiciones psicológicas de los usuarios después de su participación en el Taller, por lo tanto existe diferencia entre las medias de la población en cada medición. $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ ó $\mu_1 < \mu_2$.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variables de clasificación.

Características físicas.

➤ Coordinación mano izquierda.

Definición conceptual.

Coordinación: Capacidad para resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.

Definición operativa: Capacidad para trabajar con pelotas de manera individual, juego de pelotas por parejas, ejercicios con aros y otros ejercicios con brazo y mano izquierda, evaluado en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ Coordinación mano derecha.

Definición conceptual.

Coordinación: Capacidad para resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.

Definición operativa: Capacidad para trabajar con pelotas de manera individual, juego de pelotas por parejas, ejercicios con aros y otros ejercicios con la mano y brazo derecho, evaluado en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ Postura.

Definición conceptual: Posición que adopta nuestro cuerpo para actuar, comunicarse, etc. Es una posición del cuerpo entero, o de una parte del cuerpo, que sirve para la preparación de un acto y puede por otra parte desencadenar una secuencia de movimientos.

Definición operativa. Se evaluará durante la etapa de calentamiento y baile en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ Coordinación visual - motriz.

Definición conceptual.

Coordinación: Capacidad para resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.

Definición operacional: se entiende para términos de este estudio la capacidad del sujeto para relacionar lo que ve con sus movimientos, por ejemplo, la capacidad para

seguir un modelo o para realizar ejercicios ejecutados ante su vista, evaluada en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ **Coordinación pie izquierdo – manos alternadas.**

Definición conceptual.

Coordinación: capacidad para resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.

Definición operativa: Se evaluará con juegos de pelotas, caminata, baile y ejercicios con aros y otros con pie izquierdo alternando movimientos de manos, evaluado en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ **Coordinación pie derecho – manos alternadas.**

Definición conceptual.

Coordinación: Capacidad para resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.

Definición operativa: Se evaluará a través de juegos de pelotas, caminata, baile y ejercicios con aros y otros con pie derecho alternando movimientos de manos, calificando en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ **Marcha.**

Definición conceptual.

Modalidad atlética consistente en marchar a paso rápido, teniendo siempre apoyado un pie en el suelo.

Definición operativa: Facilidad para desplazarse con soltura y agilidad, además de realizar diferentes ejercicios mientras camina. Se evaluará durante las etapas de calentamiento, caminata y baile en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

➤ **Lateralidad.**

Definición conceptual: Lateralidad corporal es la preferencia en razón del uso más frecuente y efectivo de una mitad lateral del cuerpo frente a la otra, por lo que existe una especialización mayor o más precisa para algunas acciones de una parte del cuerpo sobre la otra.

Definición operacional: Se evaluará durante las etapas de calentamiento, baile, aros y pelota en términos del 1 al 5 donde 1 es la calificación mas baja posible y 5 la mas alta posible.

Características psicológicas.

➤ **Integración al grupo.**

Definición conceptual: Juntarse para formar parte de alguna sociedad o grupo. Grado de interacción e identificación alcanzado con el resto de los compañeros para formar parte del mismo cuerpo social.

Definición operacional: Formar parte del grupo al realizar las diferentes actividades, compartiendo con los demás participantes y se evaluará durante todas las actividades desarrolladas en las tres primeras y tres últimas sesiones del taller, en una escala dicotómica expresada en términos de si o no.

➤ **Voluntad.**

Definición conceptual: Empleo enérgico de una fuerza física contra algún impulso o resistencia. Vigor y ánimo para conseguir algo. Brío o intrepidez con la que se hace algo.

Definición operacional: Realizar las actividades tratando de lograr la meta que tiene cada ejercicio, se evaluará durante todas las actividades desarrolladas en las primeras y últimas sesiones del taller, en una escala dicotómica expresada en términos de si o no.

➤ **Respeto a compañeros.**

Definición conceptual: Miramiento y consideración que se tiene en el trato entre las personas que integran una comunidad.

Definición operacional: Convivir con los demás compañeros sin molestarlos o agredirlos física o verbalmente, se evaluará durante todas las actividades desarrolladas en las primeras y últimas sesiones del taller, en una escala dicotómica expresada en términos de si o no.

➤ **Seguimiento de indicaciones.**

Definición conceptual: Actuar en consecuencia de las instrucciones planteadas con el mayor apego posible. Imitar, hacer algo según el ejemplo o el modo de obrar de alguien.

Definición operacional: Acatar las indicaciones tanto verbales como: formarse, caminar, elevar las manos, etc., como las visuales al seguir el ejercicio ejemplificado con un modelo, se evaluará durante todas las actividades desarrolladas en las primeras y últimas sesiones del taller, en una escala dicotómica expresada en términos de si o no.

➤ **Respeto a reglas internas.**

Definición conceptual: Manifestaciones de acatamiento que se hacen por las reglas y normas que rigen determinada organización.

Definición operacional: Respetar los tiempos de cada ejercicio, los turnos, no iniciar peleas o actos violentos, permitir la intervención verbal de otro compañero al dar una sugerencia escuchándolo y sometiéndose a las decisiones que se indiquen o que se tomen en conjunto durante las sesiones, se evaluará durante todas las actividades desarrolladas en la primera y última sesión del taller, en una escala dicotómica expresada en términos de si o no.

Variable independiente.

Participación de los usuarios en el Taller de Psicomotricidad.

Definición operacional: Se evaluarán mediante la asistencia regular a las sesiones del taller y su participación y trabajo constante durante todos los ejercicios, para el registro de la misma durante cada sesión se tomará registro de asistencia y trabajo y se considerarán sujetos de estudio a las personas que muestren una asistencia mínima al 85% del taller.

Variables dependientes.

Condiciones físicas de los usuarios participantes.

Definición conceptual.

Condición: Naturaleza o índole de las personas y de las cosas; su manera de ser o de estar en el mundo, en la sociedad, etc. Cualidades de una persona en este caso físicas y con referencia a los aspectos a evaluar.

Definición operacional: Se evaluarán coordinación de mano izquierda, coordinación mano derecha, postura, coordinación visual - motriz, coordinación pie izquierdo –

manos alternadas, coordinación pie derecho – manos alternadas, marcha y lateralidad evaluadas en los términos anteriormente mencionados.

Condiciones psicológicas de los usuarios participantes.

Definición conceptual.

Condición: naturaleza o índole de las personas y de las cosas; su manera de ser o de estar en el mundo, en la sociedad, etc. Cualidades de una persona en este caso psicológicas y sociales y con referencia a los aspectos a evaluar.

Definición operacional: se evaluará con integración al grupo, esfuerzo, respeto a compañeros, seguimiento de indicaciones y respeto a reglas internas evaluadas en los términos antes mencionados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS SUJETOS

Los requisitos de inclusión para formar parte de la muestra, fueron los siguientes:

1. Usuarios permanentes del CAIS “Cuemanco”, es decir varones mayores de 18 años con problemas severos de salud mental que se encuentren en abandono social.
2. Usuarios sin problemas de marcha, es decir, con todas sus extremidades físicas completas y funcionales, que no usen andaderas, muletas o cualquier otro apoyo para trasladarse.
3. Que presenten una actitud participativa aún cuando tuvieran problemas de adaptación.
4. Asistencia al 85% de las sesiones del taller.

SUJETOS

La muestra esta constituida por 26 sujetos de sexo masculino, usuarios permanentes del Centro de Asistencia e Integración Social sede “Cuemanco”, elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional, ya que fueron elegidos expresamente del total de participantes al Taller (alrededor de 50 usuarios por sesión), por cumplir con todas las características de selección, especialmente con la asistencia mínima.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación cuasi experimental realizada a través de la realización de una observación inicial, la aplicación de un modelo que tiene como meta; influir y modificar las características de estudio y una observación final que tiene por objeto obtener los resultados y realizar las comparaciones pertinentes, además no existe control absoluto de las variables.

CONTEXTO DE ESCENARIOS.

La recopilación de los datos y la aplicación del taller se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Asistencia e Integración Social “Cuemanco”, los domingos de 10:00 a 11:00 horas, como parte de las actividades de los usuarios, la participación de los mismos era voluntaria y se realizaba dentro un patio interior del Centro.

ESTRATEGIA O PROCEDIMIENTO

El proyecto se llevó a cabo con el consentimiento de la Dirección del Centro y fue supervisado por el encargado del área de Psicología del turno especial Lic. en Psicología Pastor Gaytán, la invitación a participar durante la hora del desayuno y en la hora previa las organizadoras recorrían las instalaciones invitando a los usuarios a

participar, la invitación estaba abierta a todos aquellos que desearán asistir y de todos los participantes se seleccionó la muestra de usuarios a los que les realizaron las observaciones y se tomaron en cuenta para el estudio.

El Taller de Psicomotricidad se instaló mediante la presentación de un proyecto propuesto a las autoridades del CAIS, a través de un cronograma en el cual se realizaba la planeación de todas las actividades contenidas en cada sesión.

El Taller de Psicomotricidad se llevó a cabo durante 15 sesiones divididas en tres etapas:

- La primera será la de inducción, durante tres sesiones en las cuales los usuarios se familiarizarán con el proyecto y aprenderán la rutina, en esta etapa se aplicará el primer instrumento de evaluación.
- La segunda etapa contará con nueve sesiones y será propiamente la etapa en la que se trabajará con los usuarios el programa. En las primeras cuatro sesiones se utilizarán las pelotas de gel y en las siguientes cinco se ocuparán además aros de colores incrementándose el tiempo de los ejercicios y el grado de dificultad.
- El tercer y último periodo durará tres sesiones y en el se aplicará nuevamente el instrumento evaluador.

Cada sesión del taller se dividirá en diversas etapas, estructuradas según la etapa en la que nos encontremos y las necesidades mismas del taller y de los usuarios, sin embargo, los ejercicios realizados se pueden englobar de la siguiente manera:

- Respiración: Tiene como propósito dar la introducción al taller, captar la atención y servir de relajación.
- Calentamiento: Es importante preparar el cuerpo antes de una rutina de ejercicios para evitar en lo posible torceduras o algún tipo de lesión.
- Estiramientos: Finalizan la etapa de calentamiento e introduce a la actividad en si, prepara los músculos para el trabajo.
- Coordinación: Se emplean ejercicios que implican una orden de acción, por ejemplo; mano derecha arriba, rodillas arriba, vuelta derecha, etc.
- Caminatas: Caminar en fila, en puntas, en talones, hacia atrás, con rodillas arriba, etc.

Estos ejercicios están diseñados para trabajar en varios niveles y con la mayoría de trastornos y con diferentes estados físicos.

Cabe mencionar que en las sesiones iniciales se aplicará la evaluación a todos los presentes y durante todas las sesiones se llevará el control de la asistencia, para identificar perfectamente a los usuarios a los que se aplicara el control final.

Después de la aplicación del taller y con los datos obtenidos se realizará el análisis de los mismos para poder obtener los resultados.

El Taller de Psicomotricidad, está planeado para llevarse a cabo, respetando el punto de partida de cada usuario, teniendo en cuenta que la mayor parte de los conocimientos, fundamentos teóricos deportivos, ejercicios de las distintas habilidades y los juegos de todas clases, han de ser adaptados debido a las diversas características de los usuarios, en las áreas cognoscitiva, motriz y afectiva.

El Taller pretende apoyar a los usuarios a desarrollar habilidades en las áreas física, psicológica y social, además se propone que dicho trabajo sea a la vez un programa recreativo.

La propuesta del Taller de Psicomotricidad se basa en la premisa de que un programa de rehabilitación psicosocial bien estructurado y adaptado a las necesidades de un grupo puede resultar altamente efectivo, que en la medida de sus posibilidades logren adaptarse al CAIS y en algunos casos pueda servir como vehículo que realice una detección de los usuarios que puedan ser tomados en cuenta para ser sujetos de reintegración a la sociedad, ya que el Taller favorece situaciones que mejoren aptitudes psico - físico- sociales como, el incremento de autoestima y autoconcepto; mejorando su condición física al desarrollar habilidades que involucren el movimiento; donde respetan reglas, así como ampliar sus habilidades de comunicación.

Si consideramos que esta actividad puede repercutir positivamente en este grupo puede considerarse como una propuesta de trabajo que permita manejar los aspectos físicos y psicológicos, visualizando una meta: mejorar condiciones físicas que influyan en las condiciones psíquicas.

Se evaluarán también, otros factores para que esta investigación pueda tomarse en cuenta como una herramienta más de trabajo permanente, adaptándola a las necesidades que requiere el Centro. El programa está planeado para introducir nuevos elementos.

La mayoría de los ejercicios se tomaron en cuenta con una base teórica del desarrollo psicomotor y con una secuencia lógica de ejercicios que tienen que ver con: ejercicios de respiración, de calentamiento, estiramiento, coordinación, ritmo. Con instrumentos que faciliten, motiven e induzcan lo anterior y otros teniendo una expresión libre.

Es importante tener en cuenta que no se va a enseñar una conducta nueva, sino que el objetivo suele ser crear un hábito (actividad) que desde hace tiempo han dejado de ejecutar

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de datos se realizará utilizando:

- La prueba T de Student pareada para antes y después de la intervención.
- El test Mc Nemar.

EVALUACIÓN

El tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos mentales es una situación delicada que requiere de un tratamiento integral supervisado y controlado por profesionales y en cuyo proceso la participación activa del paciente es crucial.

En el caso del enfermo en situación de abandono y calle la falta del tratamiento adecuado y las diversas situaciones a las que se enfrenta el paciente agravan el problema y dificultan aún más su recuperación, éstas personas son parte de la sociedad y esta a través del Estado crea mecanismos para la atención de su enfermedad y sus otras necesidades, en el caso específico que nos ocupa los programas de asistencia social dependientes del Distrito Federal poseen una infraestructura administrativa y operacional que se manifiesta en la creación de Centros de Asistencia e Integración Social que atienden a algunos de los grupos sociales más vulnerables de la ciudad, en cada Centro el grupo social objetivo es diferente y por lo tanto en cada uno se instalan programas que buscan adecuarse a las necesidades de su población buscando dentro de lo posible brindar la atención más adecuada para los usuarios de estos centros.

En el caso de los pacientes varones mayores de 18 años con trastornos mentales crónicos, indigentes en situación de calle, los programas establecidos para su atención tratan de cubrir la mayor parte de sus necesidades, mejorar su calidad de vida y en cada caso ayudar en su recuperación e integración a la sociedad.

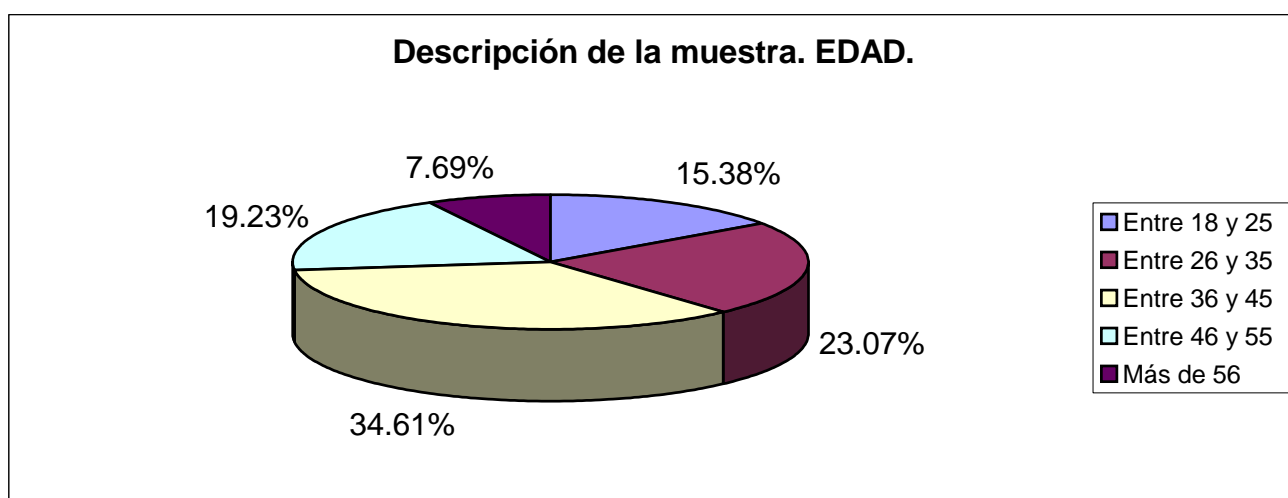
De esta manera todos los programas y acciones que se implementen deben tender a la consecución de dichos objetivos y al tratamiento integral de las personas, es por eso que el proyecto del Taller de Psicomotricidad sobre el que trata esta investigación, se plantea en términos de instrumento que permita a los usuarios mediante el ejercicio y la interacción social con otros de sus compañeros en un ambiente organizado y semi controlado, evitar el deterioro de sus habilidades y capacidades físicas y psíquicas y en algunos casos desarrollar nuevas conductas que le permitan al individuo construir y mantener dichas capacidades afectándolo integralmente y participando de ésta manera no sólo en su tratamiento físico sino también en su tratamiento y rehabilitación mental.

Para la evaluación de este proyecto exploratorio se realizó una descripción general de la muestra y posteriormente un análisis estadístico de los resultados arrojados por las evaluaciones que se hicieron antes y después de la intervención.

RESULTADOS

DESCRIPCION GENERAL DE LA MUESTRA

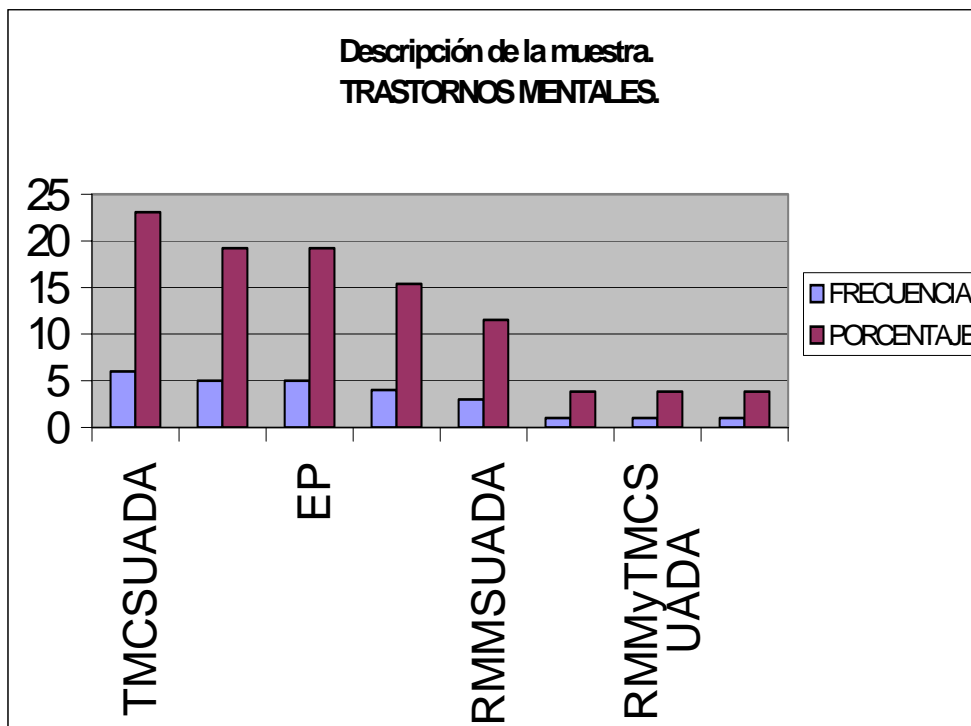
Edad. La edad de los sujetos de la muestra oscila entre los 18 y los 62 años, la media aritmética es de 40 años de edad y la media real es de 38.25, la moda, es decir el valor que más se repite es de 35 años con tres sujetos; el 15.38 % de los participantes se encuentran en el rango de 18 a 25 años, el 23.07% se encuentra en el rango de los 26 a los 35, el 34.61% se sitúan en el de 36 a 45, siendo este el más importante, el 19.23% se colocan entre los 46 y los 55 años y por último solo el 7.69 % tiene más de 56.



Trastornos mentales. Los trastornos que presentan los sujetos de la muestra se dividen como sigue:

TRASTORNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastorno mental crónico secundario a uso y abuso de drogas y alcohol	6	23.07
Retraso mental moderado	5	19.23
Esquizofrenia paranoide	5	19.23
Esquizofrenia indiferenciada	4	15.38
Retraso mental moderado secundario a uso y abuso de drogas y alcohol	3	11.53
Retraso mental grave	1	3.84
Retraso mental moderado y trastorno mental crónico secundario a uso y abuso de drogas y alcohol	1	3.84
Daño orgánico secundario a alcoholismo	1	3.84

De lo que obtenemos que los cuatro trastornos más importantes son el Trastorno mental crónico secundario a uso y abuso de sustancias, el retraso mental moderado, la esquizofrenia paranoide y la esquizofrenia indiferenciada y que los pacientes cuyos trastornos se relacionan directamente con el uso y abuso de sustancias son en total 11 de 26, es decir, 42.30%.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

PRUEBA T DE STUDENT PAREADA.

Para realizar el análisis estadístico de los resultados en los factores físicos, se determinaron valores en una escala de Likert que se encontraban entre el 1 (mínimo posible) y el 5 (máximo posible).

La prueba de hipótesis se realizó mediante una prueba t pareada para cada característica a evaluar.

Se realizó una evaluación al inicio del taller (variable 1) y una al terminar las sesiones (variable 2), para cada característica e individuo.

En cada caso se definieron las hipótesis de la siguiente manera:

H0: $\mu_1 = \mu_2$; es decir, como hipótesis nula se determina que no existe diferencia entre las medias de la población en cada observación, por lo tanto el experimento no arroja datos para determinar influencia significativa del taller sobre la condición de los usuarios.

H1: $\mu_1 < \mu_2$ ó $\mu_1 \neq \mu_2$; es decir como hipótesis alternativa se determina que existe diferencia entre las medias estadísticas de cada población y que existe evidencia estadística que lo sustenta.

Se consideró una muestra de 26 individuos, por lo tanto se establece que $n = 26$ y los grados de libertad (gl) son 25 ($gl = n - 1$).

El valor crítico se determinó según la tabla de distribución t en 2.060, por lo tanto la regla de decisión es rechazar la hipótesis nula, si el valor calculado de t es menor a -2.060 o mayor a 2.060.

FACTORES	GRUPO N=26	MEDIA	VARIANZA	T	gl	Significancia	VALOR CRITICO DE t
Coordinación mano izquierda	Antes	1.7307	0.5246	-5.3544	25	0.000	2.059
	Después	2.6923	1.1015				
Coordinación mano derecha	Antes	1.7307	0.5246	-5.7008	25	0.000	2.059
	Después	2.7307	1.0046				
Postura	Antes	2.3846	0.8861	-4.8112	25	0.000	2.059
	Después	3.1538	0.7753				
Coordinación visual – motriz	Antes	2.1153	0.9861	-4.9066	25	0.000	2.059
	Después	3.0769	1.2738				
Coordinación pie izquierdo	Antes	2.1153	0.9861	-4.8653	25	0.000	2.059
	Después	3.1923	1.2015				
Coordinación pie derecho	Antes	2.1153	0.9861	-4.8653	25	0.000	2.059
	Después	3.1923	1.2015				
Marcha	Antes	3.0384	2.1184	-2.3142	25	0.029	2.059
	Después	3.6923	1.4215				
Lateralidad	Antes	2.2307	0.9046	-2.5097	25	0.019	2.059
	Después	2.8076	1.0415				

Por los resultados anteriores podemos determinar que en todas las características evaluadas existe evidencia estadística para decir que existió una variación significativa después de la aplicación del taller de psicomotricidad.

En el factor de COORDINACIÓN MANO IZQUIERDA, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 0.9616, es decir, el 35.7166% lo que la coloca como la segunda más alta de las encontradas en las observaciones, es conveniente entonces hacer notar que este factor junto con el de coordinación mano derecha son los que obtuvieron los valores más bajos, en la observación inicial de la muestra y el de este factor en particular es el valor mas bajo de los registrados en la observación final, la varianza aumento en la ultima medición con respecto a la primera, es decir los valores de la muestra se dispersaron entre las dos observaciones.

En el factor de COORDINACIÓN MANO DERECHA, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 1, equivalente al 36.6206% constituyendo a este factor como el que arrojó la diferencia porcentual más alta de las observaciones encontradas, es conveniente hacer notar que éste factor junto con el de coordinación mano izquierda son los que obtuvieron los valores más bajos, en la observación inicial de la muestra y el de este factor en particular es el segundo valor más bajo de los registrados en la observación final, de la misma manera que en el anterior factor la varianza aumento en la ultima medición con respecto a la primera es decir los valores de la muestra se dispersaron entre las dos observaciones.

En el factor de POSTURA, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es del 0.7692, que equivale al 24.3896%, la varianza de la muestra en la observación final es de menor al de la observación inicial por lo que podemos decir que la muestra se uniformó con relación al primer registro.

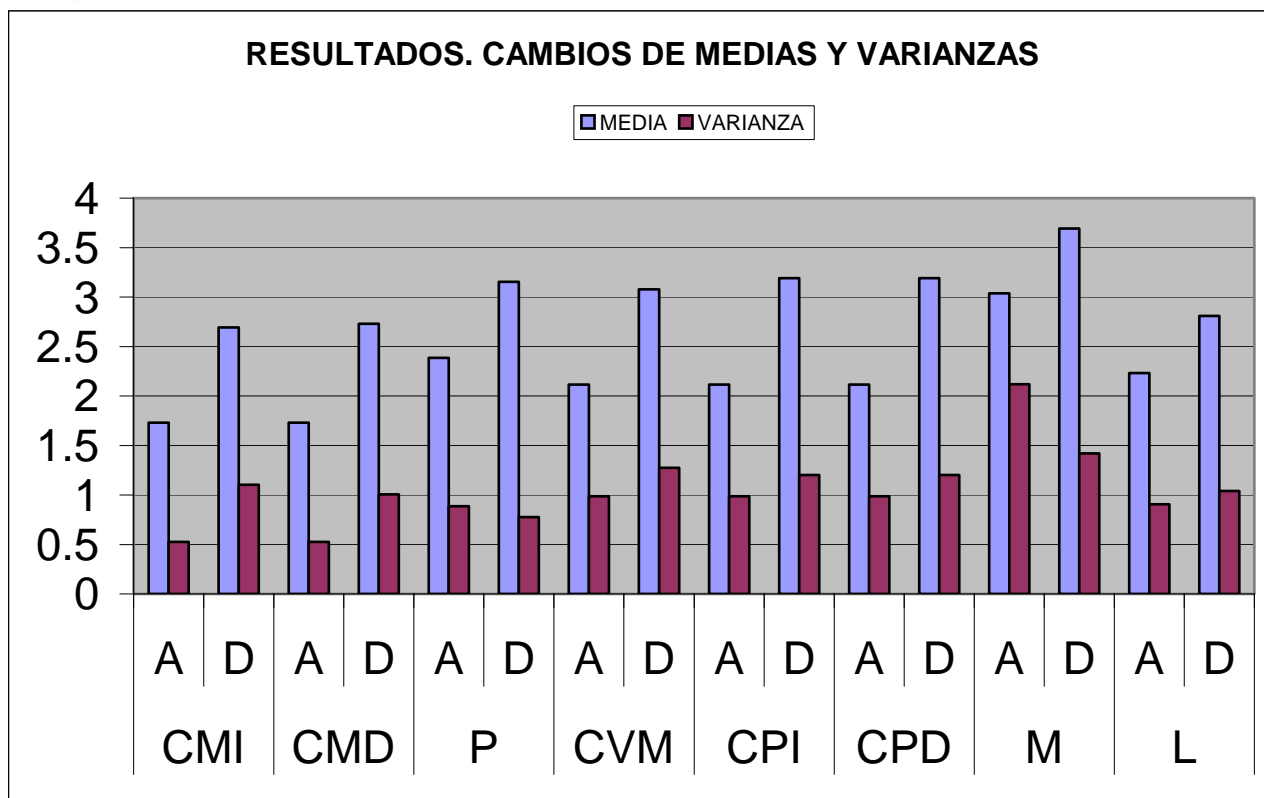
En lo que se refiere a la COORDINACIÓN VISUAL MOTRIZ, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 0.9616 y del 31.2522%, en este caso la varianza de la observación final es mayor que la de la inicial, por lo que los datos de la muestra se dispersaron con relación a esta última.

Para el factor de COORDINACIÓN PIE IZQUIERDO, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 1.077 y del 33.7374%, en este caso la varianza de la observación final es mayor que la de la inicial, por lo que los datos de la muestra se dispersaron con relación a esta última.

Para la COORDINACIÓN PIE DERECHO, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 1.077 y en porcentaje del 33.7374%, en este caso la varianza de la observación final es mayor que la de la inicial, por lo que los datos de la muestra se dispersaron con relación a esta última.

En el factor MARCHA, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es apenas de 0.6539, y del 17.7098%, en términos de diferencia porcentual es la más pequeña encontrada a lo largo del estudio, pero es conveniente hacer notar que la media inicial registrada (3.0384), es la más alta y lo mismo ocurre con la media de la observación final (3.6923) que igualmente es el valor más alto. Otra situación a mencionar es que la varianza es mayor en la muestra inicial (2.1184), que en la muestra posterior a la intervención (1.4215), de esta manera encontramos que el grado de dispersión de los datos que forman las distintas muestras se redujo después de la implantación del taller en este factor específico, es decir que los datos se “uniformaron” entre las dos observaciones.

En el factor LATERALIDAD, se encontró una diferencia entre las dos medias positiva y significativa, que en unidades es de 0.5769 y del 20.5477%, en este caso la varianza de la observación final es mayor que la de la inicial, por lo que los datos de la muestra se dispersaron con relación a esta última.



TEST DE MC NEMAR.

Para las pruebas en los factores psicológicos y sociales se utilizó el test de Mc Nemar que sirve para una misma característica una escala dicotómica de evaluación presentada en términos de “sí” y “no”. En este caso “sí” tiene un valor de 2 y “no” de 1.

Se realizó una evaluación al principio del taller (frecuencia esperada) y una al final de la intervención (frecuencia obtenida).

En todos los casos se definieron las hipótesis de la siguiente forma:

H0: no existe diferencia entre los resultados de la primera prueba y los resultados después de la intervención.

H1: existe diferencia entre los resultados de la primera prueba y los resultados después de la intervención.

Se consideró una muestra de 26 individuos (k ó categorías o celdas), por lo tanto se establece que $k = 26$ y que los grados de libertad (gl) son 25 ($gl = k-1$).

El valor crítico se determinó según la tabla de distribución normal en 1.64.

FACTORES	GRUPO N=26	VALORES		Z	gl	VALOR CRITICO DE Z
		SI	NO			
Integración al grupo	Antes	19	7	-0.4082	25	1.64
	Después	19	7			
Voluntad	Antes	14	12	4.2211	25	1.64
	Después	23	3			
Respeto a compañeros	Antes	22	4	0.070	25	1.64
	Después	24	2			
Seguimiento de indicaciones	Antes	22	4	0	25	1.64
	Después	23	3			
Respeto a reglas internas	Antes	21	5	0.5	25	1.64
	Después	23	3			

En el caso del factor de INTEGRACION AL GRUPO, el resultado es negativo, por lo que se anula para la prueba.

En el caso del factor VOLUNTAD, la prueba resulta positiva y significativa y el valor obtenido se encuentra muy por encima del límite de la región de rechazo, por lo tanto sí existe progreso entre la observación inicial y la final, también debemos mencionar que en la observación inicial fue el factor que arrojó los valores más bajos en la observación inicial de toda la prueba

En el caso del factor RESPETO A COMPAÑEROS, la prueba resulta positiva pero el resultado obtenido se encuentra dentro de la región de rechazo, por lo que la diferencia obtenida no es significativa.

Para el factor SEGUIMIENTO DE INDICACIONES, la diferencia entre la observación inicial y la final es de cero, por lo que se reafirma la hipótesis nula.

Para el factor de RESPETO A REGLAS INTERNAS, la diferencia resulta positiva y significativa, aunque en mucho menor grado que en el factor de VOLUNTAD, pero existe progreso entre la observación inicial y la final.

De lo anterior se concluye que la hipótesis alternativa se acepta en los casos del factor de Voluntad y el de Respeto a las reglas internas.

DISCUSIÓN.

En nuestro país el uso y abuso de drogas y alcohol se ha elevado enormemente en las últimas décadas, los daños que causa el uso prolongado de esas sustancias son tanto psicológicos como físicos y varían considerando el tipo de sustancia, el tiempo y la clase de consumo y la historia del paciente.

Sumado a esto la situación de la población en estado de calle es no menos compleja e importante, sobre todo en un país de las características económicas de México, cuando éstas dos circunstancias se combinan las personas afectadas se encuentran en una situación por demás problemática.

Este último estado agrava a tal manera los trastornos producidos por las adicciones que dificultan el ya de por sí complicado tratamiento y con más razón su rehabilitación, es por esto que es necesario buscar alternativas que se ajusten a las necesidades específicas de esta clase de pacientes.

En el caso de las adicciones hay mucho que decir, según el Reporte 39 del SRID (SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS), correspondiente a noviembre del 2005 el 85.6% de los usuarios de drogas son hombres, de los cuales el 28% se encuentra en el rango de 30 años o más, el 26.2% se encuentran entre los 15 y los 19 años, el 70.5% pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y el 19.7% se encuentran sin ocupación (SRID, 2005), estos datos, aunque no se ajustan con exactitud a la muestra en la que se realizó este estudio nos da una idea clara de la magnitud del problema en la Ciudad de México, la importancia de la investigación en una zona urbana de las características de ésta, radica en que los Centros de Asistencia e Integración Social son un programa local llevado a cabo en el contexto de la asistencia social proporcionada por el Gobierno del Distrito Federal.

Estos resultados se relacionan con los datos obtenidos de la descripción de la muestra, es decir, individuos varones cuya edad oscila entre los 18 y los 62 años y la media se encuentra entre los 38 y 40, de estos el 42.3 % presentan trastornos relacionados directamente con el uso y abuso de drogas y alcohol, de los cuales el que presenta más incidencia es el Trastorno mental crónico secundario a uso y abuso de sustancias, todos en situación de calle o estado de abandono, habitantes del Distrito Federal.

En los CAIS se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación acorde con sus necesidades físicas y condición de salud, asistencia médica de primer nivel y medicamentos, derivación a servicios médicos de segundo y tercer nivel, atención psicológica y psiquiátrica, actividades culturales, deportivas y de recreación, así como talleres de capacitación para el trabajo y terapia ocupacional, por esta razón es necesario encontrar alternativas que se adapten a las necesidades específicas de cada población usuaria y permitan proporcionar un tratamiento más eficaz.

Entre las teorías del desarrollo la de Piaget (1982) considera que las conductas, aunque complejas desde un principio, se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo, la inteligencia es una creación continua de formas que se prolongan unas a otras y la continuidad se deriva del aspecto funcional, ya que el organismo es esencialmente activo y es a través de la conducta como va construyendo sus propias estructuras tanto biológicas como mentales. De esta manera toda conducta es un proceso adaptativo que establece una interacción entre el organismo y el medio.

En el momento del nacimiento el organismo dispone de una serie de conductas que son el material sobre las que se va a construir toda conducta posterior. Estas darán lugar a esquemas que se irán modificando en lo sucesivo de forma continua mediante estimulación (Piaget, 1982).

El esquema permite incorporar el medio, actuar sobre él y es en este momento que dichos esquemas se modifican dando lugar a los nuevos, más complejos y diversificados.

Por lo que la fuente del conocimiento esta siempre en la actividad del sujeto, que nunca es pasivo, sino que busca en el medio los elementos para modificar sus esquemas (Piaget 1982).

De acuerdo a los objetivos y preguntas de investigación y a la teoría antes mencionada se determinó la evaluación de los avances físicos logrados en la ejecución del Taller de Psicomotricidad propuesto realizando, una comparación de las medias entre la observación inicial y la final.

La actividad física propuesta por el Taller de Psicomotricidad pretende estimular y rescatar formas y esquemas que refuercen las estructuras individuales y permitan la construcción y reestructuración de otras nuevas, al impactar en la condición física de los sujetos de la muestra se intenta influir en el desarrollo de todas sus estructuras físicas y mentales, los avances reportados en la condición física de los usuarios fueron mayores en el caso de los factores que arrojaron los resultados más bajos en la observación inicial (Coordinación mano derecha e izquierda), además éstos factores presentan la diferencia entre varianzas más alta, en ambos casos la varianza de la muestra en la observación final es de prácticamente el doble que la de la muestra en la observación inicial, es decir, el nivel de dispersión de los resultados que arrojó la muestra a lo largo de la prueba aumentó considerablemente, esto indica que el efecto de la prueba en los sujetos de la muestra provocó que tuvieran una evolución muy dispareja, considerando que el punto de partida era muy bajo y que el avance a partir de este fue proporcionalmente mayor.

Al proponer el Taller de Psicomotricidad que es una actividad planeada con objetivos preestablecidos, se procuro diseñar de tal manera que fuera una actividad flexible para que a partir de las estructuras individuales se rescataran y construyeran las nuevas, que pudiera ajustarse según las señales que el grupo enviara, sin perder de vista el objetivo, por ejemplo; la música que se convirtió en un elemento insustituible podía ser propuesta por ellos escogiendo normalmente la popular, aún cuando se respetaban las condiciones de las actividades, es decir, más tranquila para relajarlos y más alegre o intensa para activarlos.

De esta manera aún cuando los postulados de la teoría de Piaget se aplicaron en sujetos con características distintas a las que conformaron la muestra de investigación de este estudio, se consideró que son aplicables en lo que al tratamiento de los esquemas individuales se refiere y por lo tanto se pensó que al aplicarlos en los sujetos anteriormente descritos ellos presentaran la asimilación y acomodación con la correspondiente adaptación y creación de nuevos esquemas positivos que les ayudaran a mejorar su situación, siendo así que los resultados positivos obtenidos en los factores físicos nos permiten considerar la posibilidad de que nos encontremos ante situaciones semejantes a las que nos refiere el autor.

Gesell (1989), explica que cada niño posee un modo único de desarrollo, hace hincapié en que el desarrollo de la conducta vincula el incesante entretenerse de

patrones, esto es, el organismo esta continuamente haciendo cosas nuevas pero “aprende a hacerlas de una forma conocida”, dicho de otro modo, reincorporando en un nivel superior lo que antes había recibido de uno inferior”, este proceso de incorporación es el crecimiento mental, por lo que también menciona que “la adaptabilidad se refleja en todos los modos de conducta, ya sean motores, de lenguaje o personal-sociales” y estas conductas no deben ser aisladas para observarlas.

Fue en esta parte de la teoría de Gesell la que se consideró más aplicable al caso que nos ocupa, pues aún cuando al igual que Piaget su teoría se encauzó al desarrollo de niños, se consideró que podría equipararse a la situación de los sujetos de la muestra. Haciendo pues la respectiva equiparación y guardando las consideraciones que parecieran pertinentes, se encontró que el Taller de Psicomotricidad fue planeado como una actividad grupal, en la que sin embargo, cada sujeto desarrollo sus habilidades independientemente como se refleja en el hecho de los aumentos de la varianza en la observación posterior a la realización del Taller.

De la misma manera se pudo observar que efectivamente cada usuario “aprendía a hacer las cosas de una forma conocida”, de forma que en función de lo que cada uno sabía hacer, es decir de las habilidades y estructuras desarrolladas individualmente, continuaba aprendiendo y reflejando la adaptabilidad en sus conductas tanto motoras, como en relación con su integración al grupo. Así en algunos casos se encontró diferencias individuales muy profundas tanto en ambos tipos de habilidades, pues al principio de la aplicación de la actividad se enfrentaban a que tenían que someterse a reglas de convivencia, trabajo en equipo, tal vez apoyo a otros compañeros e incluso al desarrollo de tolerancia con otros usuarios.

En el caso de las reacciones de los usuarios con respecto a los diferentes aspectos del Taller se recurrió a las teorías de Skinner (1977), quien explica que los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales. Pues a partir de conductas muy simples se constituyen otras cada vez más complejas por asociación entre ellas. Y además estos mecanismos son los mismos en los niños que en los adultos. Por lo que esta teoría sirve para sugerir cuales elementos podrían reforzar y/o extinguir conductas.

De esta manera en el caso de los usuarios del CAIS Cuemanco se trabajó con el reforzamiento operante, donde se fortalece una operante en el sentido de hacer que la respuesta sea más probable o más frecuente, de tal forma que en las primeras sesiones se ponía música y posteriormente se recorría de tal manera que una vez que los participantes relacionaban la música con la actividad, la invitación previa ya no fue necesaria, ya que ellos se acercaban al área asignada.

Algunos otros reforzadores que se utilizaron a lo largo de la realización de las actividades se determinaron mediante las reacciones que tenían el grupo a determinados estímulos, por ejemplo:

- La música se elegía tomando en consideración los gustos de la mayoría de los participantes, con lo que se pretendía estimular su participación activa y su entusiasmo.
- Los ejercicios que componían las diferentes sesiones se programaban tomando en cuenta aquellos en los que existía más participación o les parecían más interesantes de acuerdo con los objetivos del Taller.
- Se procuraba mantener un ambiente grupal agradable, por lo que se hacía hincapié en el cumplimiento de reglas de comportamiento y respeto que los participantes deberían observar con el fin de evitar peleas y situaciones que pudieran inhibir el desenvolvimiento de algún usuario como burlas o ataques.

- También se recurrían a aplausos, felicitaciones, exhortos y alabanzas con el fin de mantener elevado su estado de ánimo, estimularlos a seguir con la actividad y que regresaran la próxima semana.

También la habilidad ejercitada era contingente con ciertas respuestas (Skinner, 1977), por ejemplo cuando los usuarios tenían logros como cachar una pelota o girar un aro se les reforzaba, partiendo de la conducta que habían emitido en ese momento y de ahí en adelante se seguían reforzando según las capacidades y logros de cada uno, esas diferencias en la ejecución de la conducta individual, ocasionan diferencias en las consecuencias existiendo el reforzamiento.

Ocupamos además reforzadores secundarios (Skinner, 1977). Siendo estímulos neutros que al ser asociados con reforzadores primarios se convierten en reforzantes. Al decirles “muy bien” o gratificar su esfuerzo con un dulce o refresco al término de la sesión.

Considerando los resultados que arrojó el test de Mc Nemar estos últimos reforzadores pudieron haber tenido impacto en los factores afectivos, ya que en los dos factores en los que se encontraron avances (Respeto a reglas internas y Voluntad) se relacionan directamente con los estímulos con mayor frecuencia proporcionados.

Es necesario recordar que el fin de la actividad no era enseñarlos a realizar un ejercicio específico como podría ser caminar, “bailar”, cachar o girar aros, sólo se intentaba que recuperaran hasta donde fuera posible las habilidades y destrezas motoras y sociales aprendidas, así como desarrollarlas o incrementarlas, dentro de un marco que los apartara tanto de su aislamiento e inactividad, llevando con esto a una forma de eventual rehabilitación.

Lo anterior se relaciona con el hecho de que el los ocho factores físicos evaluados mostraron una diferencia de medias positiva y significativa, ya que aunque la realización de cada ejercicio específico tenía como resultado muy diferentes reacciones por parte de cada uno de los participantes (como muestra el aumento de la varianza entre ambas muestras) en la evaluación del desarrollo de habilidades en conjunto mostró una avance en el desarrollo de las habilidades físicas de la muestra.

Por lo que se considera que el Taller ofreció estímulos que podían hacer que los usuarios acudieran y se ejercitaran, pues existían las condiciones detalladas tanto en el Marco Teórico como el trabajo en grupo, para de esta forma mejorar o alcanzar una meta en el área afectiva o física.

CONCLUSIONES.

Los resultados de la presente investigación nos permitieron realizar las siguientes conclusiones:

- En sujetos varones mayores de 18 años con trastornos mentales crónicos en situación de abandono y calle atendidos por el CAIS Cuemanco su participación en una actividad física estructurada como el Taller de Psicomotricidad propuesto en este estudio puede contribuir al mantenimiento, desarrollo y adquisición de habilidades motrices que le permitan un mejor desenvolvimiento en sus actividades diarias y que eventualmente contribuyan a su rehabilitación e impidan el desgaste físico sufrido por el sedentarismo al que se encuentran sometidos.
- El desarrollo de éstas habilidades y en general formar parte de una actividad que requiere su participación directa y la convivencia con sus compañeros puede contribuir al rescate y desarrollo de algunas de sus habilidades sociales y afectivas, en el caso particular de las identificadas como aumento de su motivación y entusiasmo (“Voluntad”) y de la identificación y seguimiento de reglas simples de convivencia social y reconocimiento de límites (“Seguimiento de reglas internas”).
- La participación de los usuarios en una actividad con las características del modelo del Taller de Psicomotricidad puede desarrollar e incrementar las habilidades en el área psicomotriz gruesa mediante ejercicios dirigidos.
- La estructuración, desarrollo y aprendizaje de habilidades motoras requiere el ejercicio práctico de actividades encaminadas a tal fin, y esta reestructuración influye en las conductas adaptativas de los sujetos, por lo tanto es necesario tomarlo en cuenta en el tratamiento de pacientes que por las condiciones de desgaste que le causan sus trastornos y que agravan su situación personal, se encuentran en camino de tratamiento y posible rehabilitación.
- En el caso de los demás factores emotivos considerados en la evaluación (Integración al grupo, Respeto a compañeros y Seguimiento de indicaciones) el encontrar en uno una diferencia positiva no significativa, en otro una diferencia nula y por último una diferencia negativa nos sugiere que es necesario replantear y redefinir los factores evaluados para evitar interconexiones y reformular los términos de la evaluación para conseguir resultados más claros así como aplicar evaluaciones que permitan estudiar claramente la relación entre los dos tipos de habilidades.
- Aún cuando la multitud de estudios en la materia permite un amplia variedad de explicaciones es necesario realizar más estudios en poblaciones con características específicas que permitan ampliar las bases de estudio de las situaciones que afectan e influyen en los sectores más vulnerables y permitan una más eficaz atención a sus necesidades.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Durante la realización de ésta investigación y mientras se llevó a cabo la discusión y el establecimiento de las conclusiones se presentaron situaciones no previstas y que motivan inquietudes y descubren limitaciones que se sugiere sean tomadas en cuenta en futuras investigaciones en ésta área.

En sujetos con trastornos mentales crónicos es difícil saber quienes van a asistir al Taller con una frecuencia que permita realizar la investigación, por lo que aún cuando la invitación fue abierta a todo el que quisiera participar, fue en las últimas 3 sesiones cuando se determinó realizar la evaluación final a sólo 26 usuarios que cumplían con el requisito del 85% de la asistencia a pesar de que conforme transcurrían las sesiones se incrementaba el número de usuarios que participaban de manera constante, por lo tanto se recomienda en posteriores trabajos procurar cuidar que los sujetos pertenecientes a la muestra se identifiquen con más claridad desde un inicio y sean sometidos a controles más estrictos que permitan contar con muestras más amplias y susceptibles a realizar evaluaciones más amplias y específicas.

La muestra no contempla una población importante por lo que es difícil revelar sin lugar a dudas el éxito o fracaso del Taller así como sobre la fiabilidad de los resultados de la investigación.

Es cierto que los datos que arroja la investigación son indicadores de que el Taller que se llevó a cabo cubriendo metas y objetivos planteados inicialmente, pero se reconoce que no hubo control sobre algunas variables e incluso no se contemplaron otras que hubieran podido ofrecer datos útiles para la medición e interpretación que afectaron la investigación.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de las herramientas de análisis estadístico consideradas arrojaron evidencia significativa de que la aplicación del Taller produjo avances en el área física principalmente y otros más modestos en el área afectiva, sin embargo considerando las limitaciones antes expuestas otras variables pudieron afectar dichas evaluaciones, entre estas variables se encuentran la situación social de los internos, la cohesión de grupo, presión, motivación y los efectos de determinados trastornos en el estado de los pacientes, variables todas que pueden influir en un estudio de estas características y que al no haber sido considerados con propiedad y anticipación al ejercicio pudieron haber mermado el rigor científico de los resultados expuestos.

Para posteriores estudios se sugiere la consideración de más herramientas de análisis estadístico así como la evaluación de los diferentes escenarios de aplicación y sus requerimientos específicos para poder realizar la planeación de las muestras y su manejo y de esta manera obtener más datos que contribuyan a clarificar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aquino F. y Zapata Oscar A. (1998). **Psicopedagogía de la Educación Motriz en la Juventud**. Editorial Trillas.México.
2. Avila T. F, Franco R. A, Guerrero . P. (1997). **Enfermedades Mentales**. Tesis U.A.M. Xochimilco, México.
3. Bauleo Armando. (1983) **Contrainstitución y Grupos**. Fundamentos México, México.
4. Bleger J. (1983). **Temas de psicología (Entrevista y Grupos)**. Nueva Visión Buenos Aires, Argentina.
5. Calderón N. (1989). **Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento**. Editorial Trillas, México.
6. Ceballos T. A. (2001). **Estudio Correlacional entre Desarrollo Psicomotriz Y Habilidades Necesarias para la Lectura en niños de Preescolar de 5 A 6 años procedentes de escuela privada "Montessori" y escuela pública**. Tesis profesional Facultad de Psicología UNAM, México.
7. Cozalt R. M.(1997). **Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suarez"**. Tesis profesional Facultad de Psicología UNAM, México.
8. Da Fonseca V.. (2004). **Psicomotricidad: Paradigmas del estadio del cuerpo y de la motricidad humana**. Ed. Trillas, México.
9. Davison y Neale, (1980). **Retraso mental moderado**. Monografías.com.
10. Díaz Cantú P. (1997). **Seguimiento telefónico y valoración de pacientes psiquiátricos dentro de un programa de rehabilitación psicosocial**. Tesis profesional Facultad de Psicología UNAM, México.
11. Dirección General de Educación Especial (1980). **Bases para el trabajo con grupos**. Serie Cuadernos didácticos. S.E.P., México.
12. Dirección General de Educación Especial. (1990-1994) **Cómo aprenden los niños con trastornos Neuromotores**. SEP, México.
13. Educación Física en Primaria Tomo1.(1996) **Teoría y Práctica docente**. Gil Editores, Barcelona, España.
14. Freud S. (1948). **Psicología de las masas y análisis del yo**. Obras Completas. Biblioteca Nueva Madrid, España.
15. Gesell A. (1989). **El niño de 1 a 5 años**. Editorial Paidós, Argentina.
16. Gesell A.(1989). **El desarrollo normal y anormal del niño**. Editorial Paidós, Argentina.
17. Gesell A. Y Amatruda C. (1994). **Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño**. Editorial Paidós, Argentina.

18. Ibarra L. M. (2001) ***Aprende mejor con gimnasia cerebral***. Garnik Ediciones, México.
19. Ingalls R. (1982) ***Retraso mental moderado***. Monografías.com.
20. Kaplan, H y Sadock, B. (1987). ***Compendio de psiquiatría***. Editorial Salvat, España.
21. Karasu B. (2003). ***Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos Compendio 2003. (American Psychiatric Association. Cap. Trastorno Depresivo mayor.*** Psiquiatría Editores. S.L. España.
22. Krueger D. (1984). ***Psicología de la Rehabilitación***. Editorial Herder. Barcelona, España.
23. Martín B. (1985). ***Retraso mental moderado***. Monografías. Com.
24. Noyes A. (1975). ***Retraso mental moderado***. Monografías.com.
25. Olivares R. J. y Méndez C. F. (2001). ***Técnicas de modificación de conducta***. Biblioteca Nueva Madrid, España.
26. Ordoñez A. B. y Guzmán S. P. (1994) ***Una mirada detrás de la exclusión***. Tesis U.A.M. Xochimilco México.
27. Piaget J. (1985). ***Apuntes sobre el desarrollo infantil***. Secretaría de Educación Pública. Proyecto Estratégico. Dirección General de Educación Preescolar, México.
28. Piaget J.. (1982). ***La formación del símbolo en el niño***. Fondo de Cultura Económica., México.
29. Polaino – Lorente A (1985), ***La depresión***. Editorial Martínez Roca. España.
30. ***Programa Integral De Trabajo***. (2004) Propiedad del Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS). Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS), "CUEMANCO".
31. Rosovsky H. (2002). ***El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones***. Secretaría de Salud, México.
32. ***Reglamento general para los usuarios del IASIS de aplicación en el CAIS "CUEMANCO"***. (2004). Documento interno propiedad de la Secretaría de Desarrollo Social. Instituto de Asistencia en Integración social. Centro de Asistencia e Integración Social "CUEMANCO". Ciudad de México, México.
33. SAPTEL Y CRUZ ROJA MEXICANA (2006), ***Guía de capacitación y manual de procedimiento del Consejo Regional de Latinoamérica y del Comité de Salud Mental***.
34. Skinner B.F. (1977). ***Sobre el conductismo***. Ed. Fontanela. Barcelona, España.

35. Skinner B.F. (1977) ***Ciencia y conducta humana***. Ed. Fontanela. Barcelona, España.
36. Steven M. (2003). ***Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos Compendio 2003. (American Psychiatric Association. Cap. Trastornos por consumo de sustancias.*** Psiquiatría Editores. S.I. España.
37. Marvin I. H. ***Ciencia y conducta humana***. Ed. Fontanela. Barcelona, España.
38. Steven M. (2003). ***Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos Compendio 2003. (American Psychiatric Association. Cap. Trastornos de esquizofrenia.*** Psiquiatría Editores. S.L. España.
39. Wicks-Nelson e Israel A. (1977) ***Retraso mental moderado***. Monografías .com.
40. Zoch, C. (1999). ***Esquizofrenia: Temas de Interés***. Hospital Nacional Psiquiátrico en Costa Rica, Costa Rica.

ANEXOS

ANEXO 1

DETALLES DE LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE 3 SESIONES

TALLER DE PSICOMOTRICIDAD DOMINGO 13 DE FEBRERO 2º SESIÓN CAIS “CUEMANCO”

PROPÓSITO	TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
- Que los usuarios del CAIS “CUEMANCO”, conozcan y aprendan la dinámica del Taller	-9.50 a 10:00 hrs.	<ul style="list-style-type: none">- Recorrido por el CAIS para invitar a los usuarios a participar en la actividad.- Ejercicios de respiración para relajar e introducir a la actividad.- Ejercicios de calentamiento con música, cabeza, hombros, brazos, piernas, pies.- “Baile”, ejercicios dirigidos de coordinación, lateralidad, etc.- Caminata por el espacio físico, para manejo de conceptos como “caminar en puntas”, “caminar en talones”, “hacia delante”, “hacia atrás”.- Ejercicios de respiración para relajarse y terminar la actividad.- Repartición de incentivos.	<ul style="list-style-type: none">- Reproductor de cd's.- Cd's de música variada.	<ul style="list-style-type: none">- La música mostró ser un elemento muy importante para llevar a cabo el Taller pues al variar los ritmos la dinámica se acelera o tranquiliza la actividad.

TALLER DE PSICOMOTRICIDAD DOMINGO 2 DE ABRIL 9º SESIÓN CAIS “CUEMANCO”

PROPÓSITO	TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
<p>- Que los usuarios del CAIS “CUEMANCO”, continúen participando en la dinámica del Taller.</p>	- 10:00 a 10:05 hrs.	- Se pone música en el reproductor para atraer la atención de los usuarios y que se acerquen a la actividad.	- Reproductor de cd's.	<p>- La música es un elemento muy importante para llevar a cabo el Taller pues al variar los ritmos la dinámica se acelera o tranquiliza la actividad.</p> <p>- Las pelotas de gel resultaron muy novedosas y entretenidas.</p> <p>- Los aros de colores también resultaron ser una actividad muy gustada.</p>
	- 10:05 a 10:10 hrs.	- Ejercicios de respiración para relajar e introducir a la actividad.	<p>- Cd's de música variada.</p>	
	- 10:10 a 10:25 hrs.	- Ejercicios de calentamiento con música, cabeza, hombros, brazos, piernas, pies.		
	- 10:25 a 10:35 hrs.	- “Baile”, ejercicios dirigidos de coordinación, lateralidad, etc.		
	- 10:35 a 10:50 hrs.	- Trabajo con pelotas de gel. Se lanzan las pelotas de gel se forman parejas o círculos para lanzar y cachar las pelotas.		
	- 10:50 a 11:05 hrs.	- Trabajo con aros de colores. Se trabaja con los aros de colores, brazo derecho, brazo izquierdo, los que pueden con la cabeza o los pies. En algunos casos se ensarta a un compañero.		
	- 11:05 a 11:10 hrs.	- Caminata por el espacio físico, para manejo de conceptos como “caminar en puntas”, “caminar en talones”, “hacia delante”, “hacia atrás”.		
	- 11:10 a 11:15 hrs.	- Ejercicios de respiración para relajarse y terminar la actividad.		
11:15 a 11:20 hrs.	- Repartición de incentivos.			

TALLER DE PSICOMOTRICIDAD DOMINGO 12 DE MAYO 14° SESIÓN CAIS “CUEMANCO”

PROPÓSITO	TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
- Iniciar la evaluación del Taller de Psicomotricidad realizado con usuarios del CAIS “Cuemanco”.	- 10:00 a 10:05 hrs.	- Se pone música en el reproductor para atraer la atención de los usuarios y que se acerquen a la actividad.	- Reproductor de cd's.	- La música es un elemento muy importante para llevar a cabo el Taller pues al variar los ritmos la dinámica se acelera o tranquiliza la actividad. - Las pelotas de gel resultaron muy novedosas y entretenidas. - Los aros de colores también resultaron ser una actividad muy gustada. - En esta sesión se inicia la evaluación final de los usuarios participantes en el Taller.
	- 10:05 a 10:10 hrs.	- Ejercicios de respiración para relajar e introducir a la actividad.	- Cd's de música variada.	
	- 10:10 a 10:25 hrs.	- Ejercicios de calentamiento con música, cabeza, hombros, brazos, piernas, pies.		
	- 10:25 a 10:35 hrs.	- “Baile”, ejercicios dirigidos de coordinación, lateralidad, etc.		
	- 10:35 a 10:50 hrs.	- Trabajo con pelotas de gel. Se lanzan las pelotas de gel se forman parejas o círculos para lanzar y cachar las pelotas.		
	- 10:50 a 11:05 hrs.	- Trabajo con aros de colores. Se trabaja con los aros de colores, brazo derecho, brazo izquierdo, los que pueden con la cabeza o los pies. En algunos casos se ensarta a un compañero.		
	- 11:05 a 11:10 hrs.	- Caminata por el espacio físico, para manejo de conceptos como “caminar en puntas”, “caminar en talones”, “hacia delante”, “hacia atrás”.		
	- 11:10 a 11:15 hrs.	- Ejercicios de respiración para relajarse y terminar la actividad.		
- 11:15 a 11:20 hrs.	- Repartición de incentivos.			

ANEXO 2 .

QUÉ SON LOS C.A.I.S.

Son Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS), especializados en la atención a personas en circunstancia de desventaja social, dentro o fuera del ámbito familiar y en especial por causas de pobreza o miseria, de manera temporal o permanentemente. Estos centros dependen del IASIS, Instituto de Asistencia e Integración Social, en los CAIS se llevan a cabo acciones dirigidas a incrementar las capacidades físicas, mentales y sociales, así como a cubrir las necesidades primarias de las personas que carecen momentáneamente de satisfactores básicos tales como: vivienda, alimentación, salud, empleo, etc.

CENTROS DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

El IASIS ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS).

En los CAIS se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como a personas de la tercera edad en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad. El IASIS proporciona en estos Centros alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica, psiquiátrica y gericultura, así como talleres de capacitación para el trabajo, educación, actividades recreativas, deportivas y culturales.

CAIS

PERFIL DE LA POBLACIÓN

DIRECCIÓN Y TEL.

RESPONSABLE

ATLAMPA

Varones de 18 años en adelante, semipostrados y postrados en abandono social

Nopal No. 126, Col. Atlampa, Delegación Cuauhtémoc.

55 41 78 82 fax

55 41 48 08

C. Susana Durán Centeno, JUD Responsable. Lic. Luís Raúl Trujillo García, LCP "B" Técnico. Lic. Eduardo Pérez Villarreal, Administrativo

AZCAPOTZALCO

Niñas y niños de 4 a 13 años con problemas de maltrato infantil, desintegración familiar, abuso sexual, extravío, abandono, extrema pobreza y orfandad total o parcial. Sin adicciones, discapacidades físicas y/o mentales y sin proceso de calle mayor de tres meses

Av. del Rosario s/n Col. San Martín Xochinahuac, Del Azcapotzalco

53 94 32 95 fax

53 18 41 59 LADAFON

Lic. Araceli Revilla Madrid, JUD Técnica. C.P. Juan M. Contreras Hernández, LCP "B" Administrativo.

CASCADA

Mujeres mayores de 18 años y mujeres adultas mayores con problemas de salud mental y/o en abandono social

Calle de Enna s/n esq. Av. Texcoco, Col. San Lorenzo Xicotencatl, Deleg. Iztapalapa

(Entre Calz. Ignacio Zaragoza y Av. Sor Juana Inés de la Cruz)

57 73 35 44

57 44 96 05 fax

Dra. Rosalía Sánchez López, JUD Responsable. Psic. Laura Vázquez Alarcón, LCP "B" Técnica. Lic Jaime Antonio Romero Salazar, Administrativo.

CORUÑA HOMBRES

Varones mayores de 18 años con trastornos de personalidad, daños orgánicos, retraso mental y/o en abandono social

Sur 65-A, Num. 3246, Col. Viaducto Piedad. Delegación Iztacalco

55 30 40 07 fax

54 40 29 74 LADAFON

Psic. Gerardo Chuy Aldana, JUD Responsable. Psic. Alejandro Aburto Hernández, JUD Técnico. C. Ma. Eugenia Sánchez Moncada, Administrativo.

CORUÑA MUJERES

Centro filtro que atiende a mujeres de más de 18 años y adultas mayores que se encuentran en abandono social, sin problemas físicos o mentales que requieran tratamiento especializado. La atención se proporciona de manera permanente y/o transitoria con base en un diagnóstico integral

Sur 65-A, Num. 3246, Col. Viaducto Piedad. Delegación Iztacalco

55 19 66 50

55 19 66 52 fax

Lic. Margarita García, JUD Responsable. Psic. Emma Alejandra Fuentes López, JUD Técnica. Lic. Beatriz Guadarrama Medina, Administrativo.

CUAUTEPEC

Varones, adultos mayores de 60 años que se encuentren en situación de abandono social

Calle Cometa s/n Cuauhtepc, Barrio Alto, Delegación Gustavo A. Madero (A espaldas del Reclusorio Norte)

53 03 05 00 fax

Lic. Angélica Villagrana Rizo, JUD Responsable. Enf. Delfina Luvianos González, JUD Técnica. Lic. Marco Antonio Palomo Campos, Administrativo.

CUEMANCO

Varones de más de 18 años con problemas severos de salud mental que se encuentren en abandono social

Av. Canal Nacional s/n, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán.

(Entre Calz. Del Hueso y Las Bombas).

56 71 98 72

56 73 72 74 fax

Lic. Edgar Ulises Choreño Ortiz, JUD Responsable. Lic. Pablo Monrroy Mejía, LCP "B" Técnico. Lic. Edmundo Castro Sánchez, Administrativo.

PLAZA DEL ESTUDIANTE

Centro filtro que proporciona atención sólo de pernocta, a varones de 18 años en adelante que se encuentren en abandono social

Plaza del Estudiante No. 20, Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc. (Centro Histórico)

57 02 88 61

57 02 88 62 fax

Lic. Patricio Inclán Gómez, JUD Responsable. Soc. Aurelia Escudero Guerrero, JUD Técnica. C.P. David Pérez Rodríguez, Administrativo

GUSTAVO A. MADERO (VILLA MARGARITA)

Centro filtro que proporciona atención a niños, niñas y jóvenes hasta 21 años, en situación de abandono socio-familiar con antecedentes de vida en calle y problemas de adicciones, sin trastorno y retraso mental severo que requiera tratamiento especializado / madres solas con hijos hasta 15 años; ambos sin problemas de violencia familiar, salud mental, retraso mental y discapacidad física

Av. Margarita Maza de Juárez No. 150 Bis, Col. Patera Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero.

53 92 18 37

53 92 19 63 fax

Lic. Naica C. Bonavides Hernández, JUD Responsable. Lic. Blanca Ortega Sánchez, LCP "B" Técnica.

C.P.Lucía del Pilar Díaz Contador, Administrativo.

TORRES DE POTRERO

Hombres y mujeres mayores de 16 años, con problemas de adicción

Felipe Ángeles, Esq. González Boca Negra s/n, Col. Torres de Potrero, Delegación Álvaro Obregón

54 25 33 97

54 25 43 11

Lic. Rosaura M. de la Torre Gómez, JUD Responsable. Dra. Martha Calderón Mitchell, LCP "B" Técnica. Lic. David Navarrete Estrada, Administrativo.

Lo que ahora es el CAIS "Cuemanco", comenzó a funcionar en febrero de 1984 como la Casa 4, una Comunidad terapéutica Experimental, en donde Protección Social coloca indigentes con padecimientos mentales, quienes recibirían atención con vistas a una rehabilitación integral.

Es un espacio físico grande, que cuenta con 16 dormitorios, cada uno con capacidad para albergar 24 personas. En un principio estaban divididos entre los Dormitorios A y los Dormitorios B.

En los Dormitorios A, se encontraban usuarios con trastornos no tan profundos y en los Dormitorios B se encontraban los usuarios mas deteriorados , incluso los Dormitorios A y B, estaban divididos por una reja.

Esta situación ha cambiado mucho, no existe la reja, se realiza el aseo de todos los dormitorios y baños diariamente y hay personal de todas las áreas asignados a todos los dormitorios.

El personal del CAIS, está distribuido de la siguiente manera: Un Director, quien delega responsabilidades en tres áreas: Subdirección técnica, Subdirección Administrativa y la Coordinación del Turno Especial.

Subdirección Técnica: Tiene a su mando la Coordinación Médica (Psiquiatría, Odontología y Médicos Generales), la Coordinación de Rehabilitación, la Supervisión de Enfermería, la Coordinación de Psicología, la Coordinación de Trabajo Social y el Control de Expedientes.

Subdirección Administrativa: se encarga de supervisar al personal administrativo (secretarias, policías, etc.), la Coordinación de servicios generales que administra al personal de mantenimiento, almacén, intendencia, lavandería, cocina, jardinería vigilancia, dietista y a los asistentes como: mensajeros, auxiliar administrativo y chofer.

Coordinación del Turno Especial: Ésta labora los fines de semana y días festivos, supervisa a los médicos, trabajadores sociales, personal de mantenimiento, lavandería enfermería, intendencia cocina, gericultura. Actualmente trabajan 178 personas, el actual Director Edgar Ulises Choreño comenta que falta personal para cubrir las necesidades del Centro.

Actualmente trabajan 178 personas como son:

- 12 Médicos generales
- 2 Odontólogos
- 2 Psiquiatras
- 30 Enfermeras (os)
- 22 Rehabilitadores
- 9 Bañeros
- 7 Psicólogos
- 14 Cocineros
- 10 Trabajadores sociales
- 3 Choferes
- 22 Personas de intendencia
- 1 Jardínero

Para una plantilla ideal faltan:

- 3 Médicos generales
- 6 Enfermeras
- 3 Psiquiatras
- 4 Psicólogos
- 3 Trabajadores sociales
- 6 Rehabilitadores
- 5 Bañeros
- 10 De intendencia
- 3 Mantenimiento
- 2 Jardineros
- 2 Choferes
- 6 Ayudantes de cocina.

En la Estructura directiva se encuentran 44 personas entre Secretarias, archivo, Director , subdirección técnica, etc.

Este personal esta dividido en 5 turnos: Turno Matutino, Turno Vespertino, Fin de semana y Días festivos y dos guardias en la noche.

El Área de Rehabilitación tiene diversas asignaciones, por ejemplo, asistir a la hora del baño, ofreciéndoles ropa limpia, ayudando a bañar y vestir a los usuarios que no pueden hacerlo por sí mismos, corte de pelo y uñas, además de prestar otros apoyos.

El Área Médica, a cada uno les es asignados dormitorios, a quienes realizan revisiones periódicas, curaciones, tratamientos, etc.

El Área de Psiquiatría, se encarga de la valoración, control de usuarios, así como de recetar los medicamentos psiquiátricos, según se vayan presentando los trastornos.

El Área de Odontología, se encarga de implementar estrategias para mejorar hábitos de higiene bucal, atendiendo a la población en ésta área.

El Área de Enfermería, se encarga del manejo y administración de los medicamentos, apoyo en desparasitaciones, curaciones, cuidado a postrados, etc.

El área de Trabajo Social, lleva a cabo seguimientos y búsqueda de familiares de los usuarios, visitas domiciliarias y apoyo en general.

El Área de Rehabilitación Física, se encarga de los usuarios que presentan alguna discapacidad física, como los que se encuentran en silla de ruedas, con alguna amputación, etc.

Finalmente el Área de Psicología, se encarga de observar usuarios, detectar cambios de comportamientos, intervención en crisis, tratar pacientes por medio de terapias, hacer seguimientos de casos, canalizar a áreas médicas, psiquiátricas o de Trabajo Social, manteniéndose comunicado con todas las áreas.

Dentro del Centro existe también una "Casa de entrenamiento a la vida independiente", a cargo de una Psicóloga, que tiene como objeto, "entrenar", a los usuarios con más probabilidades de reintegrarse a la sociedad. Usuarios cuya situación emocional, les permite vivir de manera autónoma y casi autosuficiente.

Un Auto lavado forma parte de las instalaciones del CAIS, donde algunos de los usuarios de la Casa de entrenamiento, trabajan, obtienen remuneración por su labor y aprenden a administrarse de tal modo que en algún momento se van del CAIS, rentando un pequeño departamento que se paga entre varios usuarios y haciendo una vida fuera del servicio.

El CAIS se encarga de suministrar medicamentos y los apoyos que se requieren de áreas de psiquiatría, Trabajo Social, Psicología. En esta casa de Medio Camino, se encuentran 9 usuarios aproximadamente.

Los CAIS Atienden a personas que se encuentran o viven en circunstancias de desventaja social, dentro o fuera del ámbito familiar y en especial por causas de pobreza o miseria, que estén temporal o permanentemente sujetos a:

- 1.- Abandono.
- 2.- Maltrato psicoemocional.
- 3.- Desintegración familiar.
- 4.- Enfermedades severas físicas o emocionales.
- 5.- padezcan algún tipo de discapacidad.
- 6.- Madres o padres privados de la libertad.
- 7.- Víctimas de cualquier abuso, explotación laboral o sexual.
- 8.- Edad avanzada o enfermedades terminales.
- 9.- Cualquier otra situación, contingencia o actividad que ponga en riesgo e impida su sobrevivencia.

Los CAIS tienen las siguientes funciones:

- 1.- Asesoría y protección jurídica.
- 2.- Apoyo a la educación escolarizada, no escolarizada y capacitación para el trabajo.
- 3.- Programas integrales de bienestar social.
- 4.- Atención preventiva.
- 5.- Servicios básicos de salud.

- 6.- Asistencia nutricional y rehabilitación.
- 7.- La dignificación y gratuidad de los servicios funerarios y de inhumación que se requiera.
- 8.- Atención psicológica, psiquiátrica y salud mental.
- 9.- Atención especializada para personas con discapacidad mental y enfermos postrados.

El ingreso de los usuarios deberá ser:

- 1.- Voluntario.
- 2.- Enviado por instituciones gubernamentales.
- 3.- Enviados por instituciones no gubernamentales.
- 4.- Programa de atención social emergente (PASE).
- 5.- Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS).
- 6.- Ministerio público y demarcaciones territoriales.
- 7.- Comunidad.
- 8.- Ser sujeto de asistencia social.

El CAIS "Cuemanco" se rige por los siguientes criterios de admisión:

- 1.- Tiene una capacidad de 336 camas censables
- 2.- Masculino mayor de 18 años y menor de 60 años.
- 3.- Se brindara el servicio a personas indigentes o de escasos recursos económicos que por su condición de desamparo social deambulen o pernocten en las calles del Distrito Federal.
- 4.- Con patología mental que al momento de su ingreso no se encuentre en estado de agitación o psicosis aguda.
- 5.- Sin complicaciones medicas que requieran hospitalización o que comprometan la Vida de la persona.

Derechos de los usuarios del C.A.I.S "Cuemanco":

1. Los servicios que proporciona el CAIS son totalmente gratuitos.
2. Ser atendidos sin ningún tipo de discriminación.
3. Que se mantengas el secreto profesional y utilización reservada de su historial y de los datos que en el mismo consten, pudiendo ser solicitado únicamente por el Ministerio Público o la autoridad judicial competente, a efecto de determinar su situación jurídica.
4. Gozar de instalaciones acondicionadas en función del servicio para el que se han de usar en condiciones de espacio, mobiliario, higiene, iluminación y ventilación adecuadas.
5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas para la habitación de personas con adecuada iluminación natural y artificial en perfectas condiciones de higiene, y aseo, bien ventiladas y con espacio necesario para evitar la promiscuidad y hacinamiento.
6. Gozar de una alimentación balanceada higiénica y en buen estado, servida en utensilios adecuados para que pueda ser consumida, tomar sus alimentos en los horarios establecidos.
7. Ser respetados en la intimidad personal y sus pertenencias individuales, en un contexto de respeto y tolerancia que debe regir en el CAIS.
8. Disfrutar en su vida cotidiana de descanso, recreación y actividades que favorezcan su atención integral. Por lo tanto, tendrán derecho a participar en las actividades culturales y recreativas que se organicen dentro de los CAIS.
9. Participar de manera activa, informada y responsable en la elaboración normativa y programática de actividades del CAIS y en el desarrollo de estas, sean internas o externas.
10. Conocer su situación legal en todo momento, participar en la elaboración de su proyecto de vida individual.
11. Ser escuchado en las decisiones de trascendencia que afecten su vida.
12. Ser protegidos jurídicamente y si fuere necesario contar con tutora o tutor legal.
13. No ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes, aun cuando se trate de medidas disciplinarias.
14. Expresar su inconformidad y quejas por escrito o verbalmente, así como ser escuchados y tomados en cuenta por parte del personal y autoridades del CAIS.
15. Vivir una vida libre de cualquier tipo de violencia o maltrato, ya sea físico o psicológico.

Los usuarios de los servicios de asistencia e integración social tienen la obligación de conocer el presente reglamento y acatar las disposiciones que en su propio beneficio, emite el instituto

Obligaciones:

1. Dar un buen uso y conservar el mobiliario, equipo y materiales que se pongan a su disposición, asimismo, están obligados a conservar en buen estado y darles un buen trato a las instalaciones del CAIS.
2. Tratar con respeto y consideración a los trabajadores técnicos y administrativos del CAIS, así como a las autoridades de los mismos.
- 3.- Mantener una buena conducta dentro y fuera del CAIS.
- 4.- Permitir revisión médica diagnóstica inicial.
5. Recibir y seguir los tratamientos médicos que le sean prescritos por el personal médico para el cuidado y conservación de la salud y asistir a las interconsultas que le sean programadas.
6. Recibir educación y capacitación para el trabajo. Cumpliendo puntualmente con las tareas y trabajos encomendados por los maestros.
7. Ayudarse entre sí cuando alguno de sus compañeros lo requiera auxiliarlo o bien apoyar al personal y mantener una conducta de compañerismo y solidaridad al interior del CAIS.
- 8.- Mantenerse higiénicamente presentables, por lo tanto;
 - a) Deberán bañarse diariamente y cambiarse la ropa, que solo se exceptuara por prescripción médica.
 - b) Dentro del área de regaderas, los usuarios harán uso del espacio que les corresponde, permitiendo a las demás personas el libre acceso para su aseo.
 - c) Hacer uso adecuado de los sanitarios.
 - d) Tender su cama, ayudar en la limpieza de los dormitorios, baños y áreas comunes, siempre y cuando su condición física y mental lo permita, además de no introducir ni tirar basura.
 - e) Deberán lavarse las manos antes y después de cada comida y mantener su cabello y uñas cortas, etc.
 - f) Deberán aceptar tratamientos para combatir piojos, hongos y otras infecciones de la piel que sean transmitibles.
- 9.- Dar aviso inmediato al personal directivo del CAIS cuando tenga conocimiento de algún tipo de abuso, agresión física o verbal de parte del personal del centro o bien cuando ocurra entre ellos mismos.
- 10.- Para su registro toda persona deberá proporcionar con veracidad todos sus datos personales.
- 11.- Permitir el registro corporal y de pertenencias al ingresar y al salir, con el objeto de detectar la posible introducción de enervantes, bebidas alcohólicas o accesorios no permitidos, así como que no lleven consigo objetos que no les pertenezcan.
- 12.- Los usuarios de los servicios de asistencia e integración social que estén en posibilidades de hacerlo, deberán participar en las actividades que se lleven a cabo en el CAIS, sin ningún tipo de remuneración económica.
- 13.- Queda prohibido a los usuarios de los servicios de asistencia e integración social que proporciona el CAIS:
 - a) Ingresar al CAIS en estado de ebriedad o bajo el influjo de alguna droga o enervante.
 - b) Introducir alcohol, drogas, armas, objetos punzocortantes y animales.
 - c) A las personas alojadas no se les permitirá traer acompañantes, salvo que medie autorización expresa de las autoridades del CAIS.
 - d) No se permiten las riñas verbales y físicas entre los usuarios y con las y los trabajadores de la Institución, ya sea técnicos o administrativos.
 - e) Molestar a los vecinos del Casi.
 - f) Cambiarse de dormitorio o cama asignados, sin autorización del personal.
 - g) Introducir alimentos a los dormitorios.
 - h) Alterar el orden, hablar en voz alta, gritar o molestar en áreas de dormitorios, cuando las demás personas estén descansando.
 - i) Colocar objetos en espacios que ya han sido asignados previamente.
 - j) Lavar la ropa en las regaderas.
 - k) Fumar en los dormitorios.

PROGRAMA INTEGRAL DE TRABAJO EN EL CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL "CUEMANCO"

Introducción:

El Instituto de Asistencia e Integración Social IASIS tiene como objetivo promover la incorporación de las personas, las familias o grupos en condiciones de desventaja social o situación de abandono en el Distrito Federal, a un proceso de reinserción, con la finalidad de que estos puedan ejercer plenamente sus derechos en un ambiente de igualdad y justicia social.

En este mismo sentido, la tarea del Centro de Asistencia e Integración Social CAIS "Cuemanco" es atender con calidad y calidez a la población de hombres mayores de dieciocho años y menores de cincuenta y nueve, con diagnóstico antecedente de enfermedad mental o trastorno mental, en situación de abandono social, rechazo familiar o riesgo marginal que deambulen en la vía pública a consecuencia del deterioro biopsicosocial inherente a su condición de vulnerabilidad.

Dentro del desarrollo histórico de los sistemas asistenciales, en la Ciudad de México se han implementado diferentes modelos que han pretendido prestar atención a la población indigente consecuente del deterioro y quebrantamiento del tejido social, lo cual deriva en la programación de métodos de rehabilitación más eficientes, hablando de manera prospectiva, ensayando nuevas estrategias de atención que van más allá de un simple asistencialismo, estructurando políticas de asistencia incluyentes e integradoras dirigidas a este grupo.

Reconociendo el grado de vulnerabilidad de la población objetivo que habita este CAIS en lo particular, es necesario implementar estrategias de atención eficaces en el orden biopsicosocial, constituyéndose el centro de asistencia en un elemento de apoyo o transición, en su caso, entre la permanencia del usuario en la comunidad, donde ha vivido o deberá vivir, y su eventual o permanente estancia institucional.

Las metas, en este orden, se establecen por objetivos fundamentados en la rehabilitación y reinserción social, entre sus líneas de atención están:

1. Servicios básicos: alimentación, habitación, vestido y servicios de salud.
2. Actividades ocupacionales, recreativas, culturales y deportivas.
3. Reinserción social: capacitación para el trabajo y rehabilitación social.

Los esfuerzos rehabilitantes se dirigirán a sufragar las necesidades biológicas primarias de los usuarios y de cuidado personal, mejoramiento de las condiciones medioambientales, regulación del comportamiento entre las personas que cohabitan en el centro de asistencia, favorecer el adecuado manejo de las relaciones interpersonales, fomentar actividades recreativas y ocupacionales intra y extrainstitucionalmente, potenciar las capacidades de los usuarios, incluyendo las áreas laboral, económica y social; instaurar un ambiente terapéutico al interior del centro de asistencia que favorezca la rehabilitación, y promover la reinserción social con base a dos proyectos específicos.

El primero consiste en un programa de entrenamiento a la independencia, en el cual el usuario desarrolle las habilidades sociales suficientes para reincorporarse a la vida social de manera integral, es decir que se constituya nuevamente en un individuo sujeto de derechos laboral, política y económicamente activo y el segundo a través de la implantación de talleres productivos (ejemplo de ello es un autolavado que ya está funcionando), que le signifique al usuario una preparación y entrenamiento laboral. Sin embargo, no solo estas labores que implican un cierto grado de "sofisticación terapéutica" tendrán efecto en el proceso general de reinserción, incluso aquellas tareas cotidianas como lavarse las manos antes de comer, tomar sus medicamentos, bañarse diariamente, permanecer vestido, participar en los talleres y actividades ocupacionales, recreativas y deportivas que son parte del proceso complejo de reeducación.

JUSTIFICACION

El Centro de Asistencia e Integración Social Cuemanco tiene frente a sí una gran tarea, brindar oportunidades de reintegración biopsicosocial que por antecedente ha sido rechazado por la sociedad y abandonado por su familia. Los enfermos mentales constituyen un dilema social y familiar, por el alto costo económico que implica su atención y el desgaste psicoemocional que genera a las familias que tienen en su estructura un enfermo mental, sin descartar que en ocasiones el enfermo es un síntoma de una organización disfuncional, es decir, la punta del iceberg.

Estos argumentos nos refieren un panorama complicado lo cual exige la composición de un programa de atención integral que permita asumir simultáneamente los aspectos inherentes a la atención médica, rehabilitación física, reeducación y habilitación social, capacitación para el trabajo y entrenamiento en habilidades básicas, según las necesidades específicas de cada persona –usuario.

Dentro de la población usuaria que alberga este centro existen aquellos que presentan alteraciones de conducta que les impide convivir con los demás y requieren de la orientación hacia su incorporación o reincorporación a la vida grupal, en este sentido nuestra labor será rectificar las conductas inadecuadas en un contexto de comprensión- del problema, evitando confrontaciones con la conducta alterada del usuario, apartarse de métodos coercitivos, crear un ambiente con niveles sanitarios apropiados, propiciar la participación activa de todos y cada uno de los usuarios que les permitan la reconstrucción de su

personalidad, mejorar la alimentación y tener el abasto suficiente de psicofármacos que posibilite el trabajo adecuado con el paciente.

Lo anterior solo se podrá lograr si se cuenta con la participación de un equipo multidisciplinario interesado en alcanzar los objetivos de rehabilitación planteados de manera específica para cada usuario, en otras palabras que se cuente con la gente experta y comprometida que entienda y conozca del fenómeno humano y la variable extraordinaria de la enfermedad mental. Actualmente se cuenta con equipos de trabajo conformados por especialistas en distintas disciplinas, que aunque en número insuficiente, tratan de solventar las necesidades de atención integral de la población usuaria; lo que no impide por supuesto, que se alcancen parcialmente las metas propuestas en los programas específicos de cada área. Nos referimos a la atención médica y psiquiatría, psicológica, de rehabilitación, enfermería y trabajo social, que junto a un conjunto de auxiliares administrativos y operativos son los responsables de vigilar el proceso de rehabilitación biopsicosocial que se pretende.

Finalmente es muy importante resaltar que el centro de asistencia e integración Social Cuemanco, no es de ninguna manera un hospital psiquiátrico y tampoco pretende generar una alternativa al mismo, en realidad se constituye en una respuesta digna a la problemática de rechazo y marginación social de la que es objeto el enfermo, mental en el Distrito Federal. Problema que actualmente ha sido evadido por las autoridades de salud. Es por ello que esta institución se constituye en una posibilidad para esta población altamente vulnerable y para la cual se construyen programas con alto sentido ético y responsabilidad social.

PERFIL DE ATENCION:

El Centro de Asistencia e Integración Social Cuemanco tiene como misión atender a uno de los grupos de nuestra sociedad más vulnerables y altamente marginados, que son los enfermos mentales. Con la intención de ofrecer una mejor calidad en su atención el Instituto de asistencia e Integración Social ha dispuesto el siguiente perfil poblacional para esta Institución.

1. Atiende a hombres.
2. Mayores de 18 años de edad y menor de 59.
3. Que padezcan alguna enfermedad mental o cuenten con diagnóstico antecedente.
4. Que no se encuentre a su ingreso en estado de agitación o crisis psicótica.
5. En abandono social o presenten rechazo familiar.
6. Que vivan en situación de calle y le signifique evidentemente una condición de vulnerabilidad.
7. No contar con un soporte familiar o que la familia no cuente con las posibilidades y/o recursos económicos para el sostenimiento de su paciente lo cual deberá ser verificado a través de un estudio social.

Las anteriores acotaciones no son limitativas, aun cuando si se consideran importantes ya que nos permitirán reservar los recursos de atención a la población que más lo necesite por su condición de marginación y vulnerabilidad y en segunda instancia nos ayudaran a evitar que se fomente una cultura de rechazo y expulsión de los enfermos mentales de sus núcleos familiares.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención integral a personas con enfermedad o padecimiento mental a través de un equipo interdisciplinario, abarcando desde la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria, hasta las de reinserción social que incluyen la capacitación para el trabajo y reentrenamiento de habilidades sociales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Brindar una atención de calidad en las áreas médica, psicológica, de trabajo social y de rehabilitación, en forma integral.
2. Optimizar el potencial humano y administrar adecuadamente los recursos técnicos, administrativos y materiales.
3. Eficientar las acciones técnicas a través del sistema de trabajo interdisciplinario con el fin de generar programas acordes a la población atendida.
4. Fomentar un clima de respeto, superación, confianza entre el personal que labora en el centro de asistencia, promoviendo los valores que construyen la dignidad humana.
5. Vigilar el cumplimiento de derechos y obligaciones de los usuarios.
6. Implementar talleres productivos con el fin de que los usuarios adquieran valores de respeto, tolerancia, responsabilidad, aceptación y sobre todo autosuficiencia.
7. Establecer programas que manifiesten el trabajo con los usuarios o los aspectos a cubrir en el objetivo tres.

8. Corresponsabilizar a la comunidad en la prevención y atención de las personas con trastornos mentales.
9. Realizar acciones preventivas en escuelas, instituciones y en la comunidad
10. Brindar capacitación para el trabajo y reentrenamiento de habilidades sociales.
11. Conformación de redes de apoyo, gubernamentales, privados, jurídicos y civiles que apoyen para el alcance de los objetivos.
12. Generar un vínculo entre el individuo y comunidad (familia y/o comunidad).

FASES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE TRABAJO:

Fase de recepción, evaluación y diagnóstico:

1. Recepción del usuario por un equipo multidisciplinario.
2. Evaluación y diagnóstico multidisciplinario.
3. Elaboración del plan de trabajo interdisciplinario para cada usuario.
4. Programa de trabajo y cronogramas de actividades.
5. Establecimiento de reglas y políticas en el CAIS.
6. Evaluaciones interdisciplinarias periódicas

FASE DE IMPLANTACION DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (SERVICIOS HUMANOS INTEGRADOS).

Se refiere a todas aquellas actividades de la vida diaria que realiza el usuario de acuerdo a un plan terapéutico.

Objetivos particulares:

1. Reeducar al usuario en los aspectos de responsabilidad, respeto, autocuidado y organización personal, de acuerdo al potencial de cada persona.
2. Motivar y respetar el interés de todos los usuarios en el proceso de socialización y sociabilización.

ESTRATEGIAS:

1. Habituarse a los usuarios a bañarse diariamente, cambiarse de ropa, lavarse las manos antes de cada alimento y asistir a los sanitarios a defecar y orinar a través de la supervisión del personal de rehabilitación y apoyo del resto de las áreas.
2. Despertar el interés de los usuarios por mejorar su higiene y aliño a través de la invitación a paseos y actividades extrainstitucionales previo compromiso de limpieza y cuidado personal.
3. Asignar al usuario responsabilidades de limpieza, orden y organización de su dormitorio.
4. Participar al usuario de las diversas actividades que se desarrollan en el centro para su cuidado y limpieza en áreas como comedores, cocina, jardinería, ayuda a otros usuarios, etc.

Fase de implantación de actividades ocupacionales, culturales, recreativas, deportivas y lúdicas (ergoterapia)

Objetivo: Es aquella terapia que va dirigida a mantener las capacidades residuales y desarrollar habilidades de los usuarios, así como detener el deterioro a través de diversas actividades ocupacionales, culturales, deportivas y recreativas.

Estrategias:

1. Conformación de talleres ocupacionales, en el estricto sentido en los cuales se desarrollan actividades artísticas o artesanales, lectura en voz alta, horticultura, manualidades, baile, deportes, entre otras, que se irán construyendo de acuerdo al interés de la población, con la finalidad de propiciar la socialización entre ellos y entre estos y el personal.
2. Asistir a diferentes actividades culturales y recreativas, como paseos delegacionales, visitas a museos, parques y deportivos, asistencia a conciertos y exposiciones diversas.
3. Salidas a cines y teatros que permitan asumir condiciones de resocialización e información actualizada de acuerdo al contexto social externo.
4. Realizar eventos cívicos y recreativos de acuerdo al calendario de fiestas y tradiciones mexicanas.
5. Proyectar películas y organizar debates de análisis y comentarios.
6. Programar horarios de televisión y seleccionar programas específicos.
7. Constituir y propiciar la conformación de grupos de autoayuda y discusión.

Fase de capacitación para el trabajo.

Objetivo: Capacitar a los usuarios en un oficio o trabajo manual dentro o fuera del CAIS que le posibilite su parcial o total reintegración social en el ámbito económico-laboral.

Estrategias:

1. Realizar los enlaces y convenios correspondientes con diferentes instituciones que proporcionen capacitación y/o entrenamiento para el trabajo, e incluir en dichos programas, a la población usuarios que de acuerdo a sus capacidades residuales sean factibles de esta capacitación.
2. Implementación de talleres productivos en el CAIS (actualmente se desarrolla un autolavado en el cual se capacita y rehabilita a usuarios del centro de asistencia,- ver programa de autolavado).
3. Inscribir a los usuarios en centros educativos escolarizados para la habilitación y perfeccionamiento de habilidades profesionales y básicas (alfabetización, primaria, secundaria y otros).

Fase de reintegración social.

Objetivo: Propiciar la reincorporación social de aquellos usuarios que hayan recuperado las habilidades sociales necesarias para vivir de forma independiente, a través del proceso de rehabilitación que implican las diferentes fases del programa general de atención.

Estrategias

1. Evaluar periódicamente el grado de recuperación de las habilidades sociales de cada uno de los usuarios.
2. Establecer metas específicas de acuerdo a las capacidades residuales del usuario, para identificar los posibles casos de reinserción.
3. Definir el tipo de reinserción interna familiar, laboral o integral.
4. Crear redes de apoyo para el usuario que garanticen una estabilidad en su proceso de integración social.
5. Incluir a la familia y/o conocidos del usuario en el programa de rehabilitación e integración social.
6. Sensibilizar a la comunidad en la aceptación e integración social de las personas con trastornos mentales.
7. Llevar acciones en la comunidad para la prevención de las adicciones y la prevención de la salud mental.
8. Integración al programa de la "Casa de entrenamiento a la vida independiente" (Ver programa de "Casa de entrenamiento a la vida independiente")

CRONOGRAMA INTEGRAL

METAS:

1. Contar con un diagnóstico biopsicosocial del 100% de la población usuaria.
2. Ofrecer atención integral básica al 100% de la comunidad usuaria
3. Incrementar el porcentaje de usuarios que se encuentran integrados en alguna actividad de carácter ocupacional.
4. Estructurar los programas actuales de lectura y video-cine, como auténticas estrategias de rehabilitación; e instaurar por lo menos un taller, bien conformado, con las mismas pretensiones.
5. Reinsertar a su núcleo familiar a 5 usuarios que cuenten con familia y que actualmente presentan rechazo.
6. Enviar a su lugar de origen al 100% de la población usuaria que lo solicite, proporcionando los datos suficientes que sustenten su petición.; y que se encuentren física y mentalmente en condiciones.
7. Proyectar por televisión al 100% de los usuarios que se presume se encuentran extraviados.
8. Realizar un evento recreativo cada 2 meses en el que participen el total de la comunidad usuaria, grupos de apoyo de la comunidad externa, familiares de usuarios y otras instituciones.
9. Organizar 2 paseos culturales y/o recreativos cada mes en los que participen de 15 a 20 usuarios.
10. Tramitar el 100% de las credenciales del IFE, acta de nacimiento y cedula de gratuidad a aquellos usuarios que puedan beneficiarse de los servicios correspondientes.
11. Ofrecer el 100% del tratamiento farmacológico requerido para la rehabilitación de la población usuaria.
12. Integrar a 5 usuarios en algún programa de capacitación para el trabajo.
13. Incorporar al programa de "casa de entrenamiento a la vida independiente" a todos los usuarios que de acuerdo a la recuperación de las habilidades sociales necesarias, estén en posibilidad de alcanzar su reintegración laboral, económica, política y social.

Ergoterapia: El concepto de “ergoterapia” engloba todas aquellas acciones dirigidas a estimular en el individuo desde sus potencialidades artesanales, hasta las culturales-estéticas, entendiendo por estética no solo la belleza sino cualquier tensión razonable que se despierta en una labor socioproductiva- organizada.

Reinserción social: El concepto de “reinserción social” se refiere a todas aquellas acciones encaminadas al logro de la vinculación del usuario con su entorno social; que van desde prevenir procesos que provoquen la ruptura social, hasta reconstruir sus redes sociales para que se reincorpore de manera sostenida a la sociedad.

Modelo de atención modular interdisciplinario.

Este modelo consiste en integrar los servicios asistenciales derivados de los programas operativos de cada una de las disciplinas profesionales, involucradas en la atención al usuario, con la finalidad de ofrecer un programa de rehabilitación biopsicosocial que coadyuve a la recuperación y mantenimiento de sus capacidades residuales, derivando en una mejor calidad de vida de la comunidad atendida.

Para tal fin se integraran equipos terapéuticos conformados por un representante o dos según convenga a las necesidades, de las diferentes disciplinas que constituyen el área técnica y otros auxiliares administrativos, que derivan en módulos de atención interdisciplinaria (módulos que incluirán a la población usuaria de 2 dormitorios).

Unidad de rehabilitación biopsicosocial

Equipo terapéutico:

Médico

Psiquiatra

Psicólogo

Trabajadora social

Técnico profesional en rehabilitación

Enfermera

Personal administrativo y auxiliar.

ANEXO FOTOGRAFIAS

BAÑOS.



Juanito (usuario del CAIS con parálisis cerebral) en la puerta de los baños, atrás de él, un usuario a punto de entrar en área de regaderas.



Usuario junto a la puerta de acceso al área de regaderas, al fondo área de sanitarios.

DORMITORIOS



A cada usuario se le asigna una cama, cada uno puede guardar sus objetos personales en el área asignada.



Cada dormitorio cuenta con 24 camas organizadas en módulos de 4 cada uno, ordenados en filas y divididos por corredores.



En total se cuentan en el Centro con 14 pabellones de dormitorios.



Al terminar el baño, los usuarios reciben en sus dormitorios ropa limpia para vestirse, esta operación es supervisada por una persona que revisa que la distribución se realice en orden y procurando que todos puedan vestirse adecuadamente.

COMEDOR.



Los comedores sirven tres comidas diarias, cuenta con personal especializado que se encarga de la preparación de los alimentos y la programación del menú diario, así como de la limpieza de las instalaciones y los utensilios.



Los usuarios se forman para entrar en el comedor y recibir sus alimentos.



Posteriormente ocupan un lugar en alguna de las mesas que en total cuentan con capacidad para 6 personas.



Los alimentos son preparados y servidos con higiene y programados por especialistas en nutrición, en instalaciones limpias.



En caso de que no todos los usuarios puedan ingresar al comedor en un momento determinado, se instalan turnos de atención, durante las horas de comida la mayoría del personal se encuentra en el comedor para atender alguna contingencia.

PASILLOS Y CORREDORES



Estos pasillos conducen a los dormitorios 1, 2, 3, 4 y al área de medicina psicología y rehabilitación respectivamente.



ÁREAS VERDES.



Áreas verdes colindantes con las instalaciones de la UAM Xochimilco.



Por su amplitud esta destinada para jugar fútbol, sin embargo los usuarios se dedican a tomar el sol a distintas horas del día.



Zona de acceso la cancha de fútbol, también utilizada para tomar el sol.



Áreas aledañas a los pasillos y corredores donde los usuarios se recuestan a dormir.





Usuarios asolándose en las áreas verdes.



Usuario recostado en el pasto.



Usuarios al frente del área de psicología



Este es uno de los usuarios que como la mayoría se dedica a tomar el sol en las áreas verdes y acepto posar para nuestra cámara.



Frente al área de rehabilitación.



En general se puede encontrar a la mayoría de los usuarios dispersos en las áreas verdes de la institución dedicados a sentarse o recostarse para tomar el sol por extensos periodos de tiempo, sin realizar alguna otra actividad, la observación de este hecho resulta preocupante para nosotras y las propias autoridades del CAIS que nos permitieron la implantación de un proyecto que propusiera una alternativa para hacer frente a esta situación.

JARDINERAS Y EDIFICIOS.



Algunos accesos a los distintos edificios y áreas de la institución se encuentran adornados por amplias jardineras, por estas algunos usuarios deambulan durante el día en busca de una actividad.



Y en otras situaciones son ocupadas como la mayoría de los espacios comunes: para dormir.

OTRAS ACTIVIDADES.



Algunos usuarios pueden tener oportunidad de desempeñar actividades específicas dentro del CAIS uno de ellos es Juanito debido a que sufre un caso de parálisis cerebral y física, pero no es agresivo, y es mucho más sociable que la mayoría de sus compañeros, se le permite salir por unas horas a la Iglesia cercana a vender dulces, a condición de esto debe estar bañado, y en general tener una presentación lo más adecuada posible, por encontrarse en silla de ruedas uno de sus compañeros lo lleva y pasa a recogerlo. El fruto de su venta es para él y por esta razón desde que le es permitido realizar dicha actividad a podido comprar sus cosas y se muestra más entusiasmado y alegre.

Desafortunadamente no todos los usuarios están en condiciones de realizar actividades semejantes que los acerquen a la rehabilitación y les permitan el desarrollo de sus capacidades y habilidades, en el caso de la mayoría de los usuarios los programas son insuficientes por la cantidad de personas y los siempre limitados recursos de la institución.



Agradecemos una vez más a todos los miembros del CAIS que nos brindaron la oportunidad de conocerlos y de aprender sobre el trabajo con pacientes con características tan especiales. En esta foto se encuentran Esmeralda, Salvador y algunos usuarios que nos ayudaron a acercarnos más a su problemática y a un aspecto tan importante de nuestra profesión.

DESARROLLO DEL TALLER DE PSICOMOTRICIDAD.



Ejercicios de calentamiento.



Estiramientos.



Baile (trabajo de brazos, piernas y coordinación).



Repartición del material.



Preparación de ejercicios con pelotas.



Trabajo en parejas con pelotas.



Relevos con pelotas de gel.



Continuación de ejercicios con relevos y pelotas de gel.



Ejercicios de relevos.



Trabajo con pelotas para motivar a los que están sentados a integrarse.



Trabajo en parejas.



Indicando la forma de realizar el trabajo.



Entrega de material.



Trabajo con aros.



Trabajo de cuello y coordinación con aros.



Continuación de los ejercicios de coordinación.



Ejercicio de ensartado con aros.



Estiramiento y finalización de la sesión. Se invita a los participantes a participar en la próxima.