



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**DE LOS MODELOS Y SUBMODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD  
MENTAL AL MODELO DISCAPACIDAD SOCIAL.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

Gilda Diana García Cano Saucedo

**DIRECTORA DE TESIS**

Mtra. Paula Chávez Santamaría

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2021**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestras y maestros quienes lograron transmitir su conocimiento, y disfrute por el aprendizaje.

A mis compañeras y compañeros, por compartir las noches de desvelo, por su apoyo cuando estaba atorada, por las horas de diversión que logramos darnos. Hoy algunos de ellos se han convertido en mis amigas y amigos.

A mis hermanos, y en particular a mi hermana, y a mi madre quien con su ejemplo me enseñó a no darme por vencida, a mi hija por su comprensión.

A los habitantes de la Casa de Medio Camino por tan enriquecedor encuentro.

Al la UNAM por permitirme alcanzar este logro, estoy orgullosa de pertenecer a esta gran comunidad.

Este fue un maravilloso regalo de vida.

## ÍNDICE GENERAL

1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 CAPITULO I. MODELOS Y SUBMODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	3
1.1 MODELO DE PRESCINDENCIA.....	5
1.1.1 SUB-MODELO EUGENÉSICO.....	5
1.1.2 SUB-MODELO DE MARGINACIÓN.....	7
1.2 MODELO DE REHABILITACIÓN.....	11
1.3 MODELO DE DISCAPACIDAD MENTAL.....	18
1.4 MODELO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	20
1.4.1 DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	21
1.4.2 EVALUACIÓN DE CAPACIDAD INTELECTUAL Y FUNCIONAMIENTO.....	21
1.5 MODELO DE TRASTORNO MENTAL.....	23
1.5.1 DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL DSM V.....	24
CAPITULO II MODELO DE ATENCIÓN EN MÉXICO.....	26
2.1 MODELO NACIONAL MIGUEL HIDALGO EN ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	26
2.2 BASES JURÍDICAS DEL MODELO MIGUEL HIDALGO.....	31
2.3 NORMA OFICIAL.....	34
2.4 BASES DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL.....	35
2.5 MARCO CONCEPTUAL.....	36
2.6 CASA DE MEDIO CAMINO.....	41
CAPITULO III MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD.....	44
3.1 FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS.....	46
3.2 MODELO SOCIAL.....	47
3.3 RESPUESTA SOCIAL.....	50
3.4 MEDIOS DE SUBSISTENCIA.....	53
3.5 RESPUESTAS SOCIALES.....	54
3.6 MODELO DE ASISTENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES.....	55

4 MÉTODO.....	57
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
4.2 JUSTIFICACIÓN.....	58
4.3 OBJETIVO.....	58
4.4OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	59
4.5 USUARIOS.....	59
4.6 DISEÑO.....	60
4.7 PROCEDIMIENTO.....	61
4.8 EJE 1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE INTERVENSIÓN.....	61
4.9 EJE 2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERADORAS DE EXPERIENCIA.....	61
4.10 FASE 3 DESCRIPCIÓN DE CADA CASO.....	65
4.11 PLAN DE ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS.....	67
5 RESULTADOS.....	68
5.1 EJE. 1 DESCRPCIÓN DEL CONTEXTO DE INTERVENSIÓN.....	68
5.2 EJE 2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERADORAS DE EXPERIENCIA.....	69
5.3 TALLER DE JUEGOS.....	70
5.4 TALLER DE LECTURA.....	74
5.6 TALLER DE INTRODUCCIÓN A LAS ARTES PLÁSTICAS.....	78
5.7 FASE. 3 DESCRIPCIÓN DE CADA CASO.....	84
6 CONCLUSIONES.....	115
REFERENCIAS.....	117
ANEXOS.....	124

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue el resultado derivado de la intervención durante mi Servicio Social llevado a cabo dentro de una Casa de Medio Camino, el cual me permitió dimensionar los desafíos en la atención a la población con diversidad funcional, lo que me llevo a reflexionar acerca de la formación académica que recibimos dentro de la universidad en cuanto a sus alcances y limitaciones, la orientación por parte del personal a cargo de la Casa de Medio Camino para los pasantes, de igual forma esta experiencia me llevo a plantearme la búsqueda de estrategias de intervención significativas para los usuarios. El desarrollo de la resignificación a partir de la construcción del marco teórico de Atención en Salud Mental, en donde se puede observar que si bien los conceptos se encuentran delimitados y existe una etiología y patología determinada, dentro de la práctica cotidiana se hace un uso indiscriminado de los mismos utilizando como sinónimos los términos de; discapacidad mental, discapacidad intelectual y trastorno mental. Esto podría tener un impacto poco favorable en el diseño de las intervenciones, además de fomentar el estigma en relación a la diversidad funcional. Por otra parte se hace necesario cuestionarnos los paradigmas sobre los cuales se trazan los Modelos de Atención en Salud Mental para ajustarlos al contexto actual y posibilitando la incorporación de las voces de los actores principales; los usuarios, la relevancia los derechos humanos para esta población, la orientación de las políticas públicas, el papel de la inclusión, así como el de la sociedad ante el fenómeno de la discapacidad psíquica.

Para el marco teórico, en el capítulo I se revisan los antecedentes históricos que se dieron en occidente, y en donde se pueden identificar los presupuestos con los que trataban de explicar el fenómeno, siendo inicialmente una explicación de tipo religioso, por lo que la sociedad les temía ya que los consideraban portadores de enfermedades o plagas, el segundo presupuesto era que como individuos no aportaban nada a la sociedad ya que al ser improductivos se convertían en una carga para su familia y para la sociedad. Dando como resultado la marginación o en su caso la aplicación de la política eugenésica, aún hoy estas respuestas siguen permeando en una parte de la sociedad.

Dentro del capítulo II se hace una breve línea del tiempo en la relación de salud-enfermedad desde la época prehispanica hasta llegar al modelo actual llamado; Modelo Nacional Miguel Hidalgo en Atención en Salud Mental, el cual retoma las experiencias de otros países particularmente Italia para establecer las acciones de trabajo, resaltando particularmente el trabajo que se realiza dentro de una Casa de Medio Camino.

En cuanto al capítulo III se aborda el Modelo Social de Discapacidad, las aportaciones de sus fundamentos, donde sobresale la importancia de los Derechos Humanos para las personas con diversidad funcional, la inclusión, las limitaciones inherentes a la sociedad tanto para procurar los servicios apropiados como el garantizar que los requerimientos de las personas con discapacidad sean atendidos dentro de la organización social.

Para el Diseño de la resignificación de la intervención dentro de una Casa de Medio Camino se utilizó el método cualitativo fenomenológico a partir del análisis reflexivo de las vivencias e interpretaciones que los usuarios hacen con respecto a su cotidianidad. Siendo el vehículo, las actividades generadoras de experiencias que se llevaron a cabo dentro de los Talleres Programados.

En las conclusiones se aborda la resignificación del trabajo dentro de una Casa de Medio Camino, a través del análisis fenomenológico, así como las aportaciones y limitaciones del Modelo Social de Discapacidad y por último algunas recomendaciones.

## CAPÍTULO I.

### MODELOS Y SUBMODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

La discapacidad es un fenómeno que ha acompañado la historia de la humanidad la cuál ha sido abordada con grandes contrastes. Dado que a través del tiempo es posible constatar la diversidad de términos y conceptualizaciones así como la multiplicidad de significados que es particular de cada contexto sociocultural, asimismo la orientación desde la cual se justifican. Por otro lado tenemos una larga lucha por parte de las personas con discapacidad para que les fueran reconocidos sus derechos humanos, esto es hoy en día es una afirmación incuestionable, sin embargo no hace mucho tiempo tal condición partía desde el ideario caritativo, sin llegar a comprender la totalidad de la complejidad social de este fenómeno. “Quinn, Degener ( en Palacios Rizo, 2002) mencionan que ello sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio al que las personas con discapacidad se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos” (Palacios Rizzo, 2008, p.25). “Cómo destaca Aguado Díaz (1995) desde la antigüedad hasta nuestros días han existido grandes contradicciones en el tratamiento otorgado a las personas con discapacidad” (Palacios Rizos, 2008, p.25)

#### ***Antecedentes Históricos.***

Dependiendo de la sociedad y la época, las personas con discapacidad podían tener desde un desenlace trágico hasta otras que eran motivo de adoración o culto. Tenemos que en la antigua Grecia se les nombraba; los caricatos, en algunos casos se les relacionaban con seres mitológicos, y se les tomaba como enviados de los dioses para transmitir mensajes. Durante el siglo IV a.C. las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad evidente eran sacrificadas a los dioses.

Por otro lado, para los espartanos del siglo IX a.C. según las leyes de Licurgo establecían que los recién nacidos débiles o con alguna deformidad fueran arrojados desde lo alto del monte Taigeto.

En el caso de los antiguos romanos se observaban actitudes dispares con respecto a la discapacidad, tenemos por un lado la práctica del infanticidio cuando el recién nacido presentaba características distintas, también estaba permitido el comercio de personas con deformidades, así como la práctica de la mutilación con la finalidad de crear lástima y propiciar la mendicidad. Por otra parte establecieron medidas para la asistencia de personas “necesitadas”, creando el primer hospital del que se tiene información. También se regulaban los efectos civiles de las personas con discapacidad mental o cognitiva, creando la *cuartela*, la cual era una institución para administrar los bienes de un *sui iuris púber* o incapaz de ejercer por sí mismos sus derechos. Instituyeron su sistema de clasificaciones entre los que se encontraban; los *furiosis*: locos o privados totalmente de la razón. La mente *captus*: quienes tenían un pobre desarrollo de sus facultades intelectuales. Dentro de su tabla V del código Decenviral se asienta la *cuartela* para los *furiosis*, la cuál era llevada a cabo por el *aghad* más próximo (*cuartela legítima*) o bien el gentil (*cuartela dativa*). Más adelante esta figura se extendió a los *mente capiti* (alteración mental sin privación total de la razón). Así mismo el derecho romano, reconoció en los *mente captus* la exención de la pena, de igual forma a los *furiosus* y *demens* cuando estuvieran en crisis (no en un estado de lucidez).

Mientras que en Egipto, quienes tenían malformaciones estaban considerados seres especiales por lo que se les ponía al servicio de los faraones, sin embargo debían de atenderles sin condición ni diferencia alguna, además de que exclusivamente en este plano eran tratados como cualquier persona y en las demás actividades eran discriminados.

Por lo que se refiere a las culturas de Mesoamérica, la historia fue distinta, para quienes vivían con esta condición eran considerados divinidades y tenían todo tipo de privilegios. En lo relativo al culto religioso (dependiendo de qué cultura), existía un contraste para adjudicar la discapacidad a fenómenos astrológicos, mitos y castigos divinos. Es así que en periodo preclásico, el dios del fuego Huehuetéotl era representado por un aciano jorobado que llevaba un bracero en la espalda. Este culto permaneció hasta la llegada de los españoles. El aporte de cada una de estas culturas en la atención a las personas con los distintos tipos de discapacidad,

cimentaron las bases para desarrollar conocimientos empíricos y conceptuales acerca del funcionamiento del organismo.

### **1.1 Modelo de Presciencia.**

Podemos ver como a través del tiempo, que tanto a las enfermedades como las afectaciones que dan como resultado algún tipo de discapacidad, se les ha clasificado de diversas formas, asimismo los modelos de atención se han ido modificando también.

Es así como en la edad media se creía que los llamados trastornos mentales tenían una relación con lo diabólico. Por esta razón la Inquisición validó las acciones cometidas contra ellos, pues se les consideraba poseídas por algo demoníaco y se les culpaba por epidemias o plagas.

Así pues, en este primer modelo podemos encontrar dos presupuestos sobre las causas que dan origen a la discapacidad. El primer presupuesto tiene un fundamento religioso; en el cual las personas con alguna forma de discapacidad implican un tipo de castigo de los dioses, generalmente por una falta cometida por los progenitores y que la alianza que se tenía con los dioses está debilitada. El segundo presupuesto; es el considerar a las personas como prescindibles por diversos motivos: porque se juzga no contribuyen a las necesidades de la comunidad, ya que es improductivo y por ello se vuelve una carga, particularmente para su familia o bien para la sociedad. Derivada de estas premisas, la sociedad resuelve prescindir de las personas con discapacidad, sea por medio de las políticas eugenésicas, o bien marginándolos.

#### **1.1.1 Sub- Modelo Eugenésico.**

Dentro del modelo de prescindencia es posible distinguir este sub-modelo, ello derivado de la consideración de innecesidad acerca de las personas con diversidad funcional, en particular ante el nacimiento de un hijo con estas características, aunando a las creencias religiosas, y a la dificultad en su crianza.

Siendo una solución en la antigüedad, la aplicación de políticas eugenésicas, por lo que cometer infanticidio estaba permitido.

Sin embargo, si la discapacidad se presentaba después del nacimiento, es decir en caso de un accidente, enfermedad o resultado de una herida de guerra, el trato era diferente. Esto claramente se ve en la Edad Media, ya que a consecuencia de las cruzadas y otras guerras de la época hubo un aumento de personas discapacitadas y habiendo condiciones difíciles para sobrevivir se crearon instituciones, las cuales mayormente eran auspiciadas por la iglesia, la familia y los señores feudales se inclinaron por su cuidado, coincidiendo con el establecimiento de hospitales, asilos, cofradías o hermandades. Sin embargo aún ahí seguían siendo estigmatizados y marginados sociales.

En lo relativo a los medios de subsistencia – los cuales estaban muy reducidos- el ser objetos de burla o diversión se convertía en el medio usual de sustento. En cuanto a las respuestas sociales la influencia del modelo ideal antiguo permea en la valoración del individuo dando como resultado un trato de menosprecio hacia la diversidad funcional, por otra parte para quienes lograban sobrevivir el trato era cruel y de persecución.

Ya para la edad contemporánea, el surgimiento del movimiento eugenésico se fincó con la publicación del; Genio hereditario (1869), de Sir Francis Galton (1822-1911) la cual sentaba las bases teóricas para la discapacidad intelectual heredada.

(Beirne-Smith Et al., 2006) sus seguidores sostenían que la personalidad está definida exclusivamente por la naturaleza, sin tomar en cuenta factores como; la nutrición, pobreza o educación. Por tal motivo debía de limitarse que las personas con estas características se reprodujeran y con ello prevenir la degeneración de la especie humana (Radford, 1991).

Desde esa perspectiva el tratamiento médico interfería con la selección natural planteada por Darwin, por lo que el promedio de vida de las personas con padecimientos aumentaba, y con ello repercutiendo en una mayor erogación para escuelas, prisiones, hospitales y casas especiales. (Bachrach, 2004)

Hacia finales de 1800 principios de 1900, las personas con discapacidad intelectual y otros trastornos mentales fueron confinadas en hospitales como una medida para proteger a lo que se consideraba la sociedad “normal” y a su vez controlar la reproducción de esta población minoritaria.

Uno de los mecanismos más efectivos para este fin utilizados en países como; Canadá, Los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido es la limitación legal no permitiéndoles contraer matrimonio, los controles de inmigración, la esterilización y la custodia institucional (Joseph, 2005; Radford, 1991; Reilly, 1987). Esta custodia institucional les segregaba por género, como respuesta a la amenaza genética que representaban, manteniéndoles por separado y muchos fueron esterilizados.

### **1.1.2 Sub- Modelo Marginación.**

La característica fundamental en este sub-modelo es la exclusión, que puede ser como efecto de menospreciar a las personas con discapacidad por considerarlas sujetos de conmiseración, o bien resultado del temor y/o rechazo al atribuirles algún tipo de maleficio o de advertencia ante un peligro inminente. Por lo tanto ya sea por menosprecio o miedo, la exclusión es la mejor alternativa y es la respuesta social que produce mayor tranquilidad. Aun cuando ya no se comete el infanticidio, gran parte de los niños con discapacidad mueren como resultado de omisiones –el desinterés y recursos limitados o la fe como único recurso de salvación. Para los que sobreviven, la apelación a la caridad, mendicidad o ser el objeto de diversión se convierte en el medio de sustento.

Si bien este submodelo tiene claramente características definitorias y que son una constante histórica, es conveniente subrayar que las explicaciones religiosas fueron distintas a las de los antiguos y considerando a la diversidad funcional como una condición inmodificable, por lo que la misma debía aceptarse con resignación.

Además el cristianismo se confirió la misión de curar el suplicio físico y perdonar los pecados, poniendo de manifiesto con ello su poder sobre el mal. No obstante según apunta Scheerenberger (1984) el cristianismo iba en direcciones contrapuestas, por un lado: *dulzura-amor* afrontando la posesión diabólica. Es decir, por un lado la dulzura-amor que fomenta el trato humanitario, y en el opuesto se aplicaban prácticas crueles, siendo la *posesión demoniaca* la más despiadada. Scheerenberger (1984) señala la misma iglesia que potencia los hospitales y asilos traerá las hogueras de la Inquisición. (Palacios Rizzo, 2008; p.56)

Por otro lado quienes diagnosticaban el proceso diferencial acerca de si el comportamiento extraño era un proceso natural o demoníaco eran el médico y el sacerdote. Sin olvidar que la evaluación médica estaba sesgada por influencia de *lógica teológica*. Es importante señalar la distinción entre la sociedad antigua en la que se prescindía de las personas con discapacidad, en la Edad Media se les asignaba un papel; el de los marginados.

Es claro que en esa época no existía la noción de discapacidad, por lo que las personas no eran clasificadas o calificadas bajo este parámetro. Como resultado de ello, podría afirmarse que las personas con discapacidad, en este contexto histórico se les incluían en el grupo de pobres y mendigos. A partir del análisis de varios autores, la condición de los mendigos en la sociedad medieval tenía una función social determinada, ya que de alguna manera estaban incluidos en el cuadro de la división social de las ocupaciones, siendo partícipes de las formas organizativas de la vida cooperativa, ya que para la jerarquización de esta sociedad, la cual consideraba una ley natural la existencia de ricos y pobres, siendo una de sus funciones implícitas el testimoniar la caridad de los ricos, puesto que la iglesia instaba de forma repetida que tenían la obligación de cumplir con las cargas de ayuda a los pobres y los desvalidos.

Es importante subrayar que en la Edad Media, se había prohibido el infanticidio, sin embargo muchos niños morían a consecuencia de la pobreza o por descuido, por otra parte Carlomagno (742-814) había decretado que todos los niños abandonados se convertirían en esclavos de quién lo encontrara, lo que provocó un gran comercio de niños. Así que la iglesia se avocó en comprar a muchos de ellos y ponerlos a su servicio, en el siglo XVII se llevó a cabo un Concilio en el que se permitía que las mujeres que daban a luz en secreto, podían dejarlos a cargo de la iglesia, como resultado de esto se crearon asilos y orfanatos, en los que también recibían a niños y niñas con diversidades funcionales, sin embargo la asistencia prestada era muy elemental por lo que muchos morían.

O bien, otro infortunado destino era integrarles a las filas de méndigos pues dadas sus características los hacía más rentables para quienes lucraban con ellos. Como resultado de esto, aquellos que sobrevivían y llegaban a jóvenes recurrían a la

mendicidad y al asilo de la iglesia como vía de subsistencia, esta forma de validación, sumada a la profesionalización del status de mendigo dieron como resultado una forma de equilibrio en el papel que la miseria tenía en la sociedad.

Paradójicamente había una débil frontera entre la miseria y el trabajo, el hacer una apología de sus deformidades o discapacidades eran una forma de legitimar su actividad, haciendo más efectiva la compasión hacia ellos. Asimismo, no es difícil imaginar que, dentro de este oficio, recayera la sospecha sobre si la invalidez era auténtica o ficticia, por lo que la difusión de noticias sobre estas simulaciones determinaba los sentimientos de caridad hacia ellos. Por otro lado, está no era la única forma de sustento para las personas con diversidad funcional durante el período medieval, el otro camino que tenían era convertirse en bufones, juglares, ya que las anomalías se convertían en objeto de diversión y burla, es decir; ser centro de diversión. Entre estos dos principales medios de subsistencia las características más significativas eran: ser objeto de caridad y sujeto de tutela a través de la práctica de la mendicidad.

En cuanto a las respuestas sociales, en esta época en donde la división de la riqueza estaba entre los señores feudales, los nobles, los comerciantes, campesinos, y los distintos oficios, para las personas con discapacidad no había cabida en el ámbito laboral, incidiendo de forma negativa con actitudes de menosprecio y marginación social. Paralelamente las grandes pestes azotaban a las ciudades y poblados, agudizando el temor al contagio.

Es así que en este entorno, que las personas con discapacidad se les daba un doble tratamiento, por un lado el trato humanitario y misericordioso que dictaba el cristianismo, y por otro el trato cruel y marginador resultado del miedo y el rechazo., ambos acciones dando como resultado la exclusión.

Ahora bien, durante la Alta Edad Media, en donde se daban las grandes invasiones, y las guerras, daban como resultado un gran número de personas enfermas o con discapacidades a consecuencia de las lesiones. Cabe recordar que se había presentado un crecimiento demográfico y un desarrollo urbano además de la creciente corriente comercial y las navegaciones de altura abrieron camino a los gérmenes pestilentes, abalanzándose la peste negra sobre Europa, la cual sin

distinción de rango mermo a la población y trajo una crisis económica cambiando las estructuras para dar nacimiento a una nueva sociedad, en la que las hordas de mendigos se constituyeron como amenaza social, ya que entre otras cosas había una identificación entre mendicidad y contagio. A partir de ese momento se les comenzó a señalar con acusaciones de brujería y posesión de artes diabólicas.

Tal como refiere Foucault (1961) durante la Inquisición se dio un cambio importante que supuso la culminación de la llamada *tradicón demonológica*, situado hacia fines del medioevo y principios del renacimiento, en donde las personas con discapacidad pasaron a ser consideradas hijas del pecado y obra del demonio, recordemos que el espíritu colectivo, y el pensamiento social de la Europa se encontraba en mayor o menor medida dominada por la superstición. Aguado (2008 b) citado por Palacios Rizo (2008) menciona que esa fe deformada fue invadiendo todos los aspectos de la cultura de esa época, hasta infiltrarse en el criterio médico, influyendo de manera poderosa sobre los parámetros relativos a la *enfermedad mental*.

Esta creencia en el diablo fue la base de esa influencia supersticiosa, por lo que las enfermedades pasaron a ser consideradas pruebas o castigos enviados por Dios. Y ya que las enfermedades se mostraban con caracteres singulares y fantásticos para la población presa de supersticiones, se le confería un significado de influencia diabólica. De ahí que, las personas con discapacidad – particularmente con discapacidades psíquicas- dejaron de ser *inocentes del Señor*- pasando a ser fruto del pecado y del demonio. Siendo la prueba viviente de la existencia de Satanás y de su poder sobre los hombres, fue a partir de este momento que el concepto de pecado y la idea de posesión demoniaca se institucionalizaron para convertirse en la ideología dominante, siendo el máximo exponente de esta ideología el *Malleus Maleficarum*, que establecía que cuando un paciente no encontraba alivio con los medicamentos, sino que empeoraba con ellos, significaba que la enfermedad era producto del demonio. Es importante aclarar, que aun cuando ningún ser humano física o mentalmente *diferente* escapaba de la acusación de brujería, a las personas con discapacidades intelectuales y las denominadas bajo la nomenclatura de *locos no alborotadores*, se les permitía circular en libertad. Bajo este concepto, se

consideraba que existía una *buena y mala* locura medieval, por lo tanto estos personajes sociales se les trataba de sanar o segregar según fuera el caso.

### **1.2 Modelo de Rehabilitación.**

A principios del siglo XV la sobrevivencia de las que carecían de recursos estaba supeditada a la tradición de la caridad cristiana, y en el caso de las personas con diversidades funcionales generalmente eran ingresadas en alguno de los pequeños hospitales medievales, ahí se podía encontrar a los pobres, los enfermos y *los inválidos*, sin embargo, la orientación era más *eclesiástica* que médica. Y para inicios del siglo XVI, la riqueza y poder del que gozaba la iglesia había disminuido notablemente, repercutiendo en un incremento casi desmedido de personas que dependían de esta caridad. Dentro de este contexto, se dio la tendencia al descrédito de la pobreza, resultando en una penosa segregación. Y cuya secuela trajo roces entre pobres y ricos, siendo evidente en los espacios públicos trayendo consecuencias de sentimientos de temor y agresividad de protección contra potenciales ladrones de sus bienes. Ahora los marginados dejaban de ser confiables, recayendo descalificaciones sobre ellos, los predicadores les acusaban de faltas, pecados y delitos. Dando una asociación entre pobre=criminal, desplazando la santificación de la pobreza ante las nuevas demandas burguesas de orden y utilidad. Asimismo esa *visión* de supuesta fealdad del pobre y del enfermo, deshonraba al género humano. Y la incapacidad u ociosidad –voluntaria o involuntaria- hacían de él un inútil.

Un ejemplo muy claro de lo anterior fueron las medidas que se tomaron en Inglaterra, fundamentadas en el temor a las bandas de pordioseros, lo que derivó en una demanda por parte de las autoridades locales hacia las autoridades centrales – la corona- de una mejor respuesta. Para 1531 a través del Statute of labor se establecieron una serie de disposiciones dirigidas al reconocimiento de la responsabilidad pública en relación a los marginados, incluyendo a las personas con discapacidad, de esta forma poco a poco la caridad privada de los monasterios fue abriendo paso a un nuevo concepto de solidaridad: la asistencia pública. Se establecieron otras medidas y finalmente todo se unificó en la Ley de pobres 1601,

de forma general podemos decir que se establecieron dos elementos básicos: la categorización de los pobres y las acciones estatales por medio de las parroquias, jueces de paz e inspectores de pobres. La categorización servía para determinar criterios de selección, logrando ordenar la asistencia y evitar la nociva caridad indiscriminada, cabe resaltar que esta ley fue el primer reconocimiento oficial que era imperativo la intervención del Estado en la vida de las personas con discapacidad.

Fue menguando la autoridad del clero con la Reforma, a la par fueron cerrando mucha de las instituciones benéficas, y el Estado comenzó a asumir las competencias que resolvía la Iglesia, puede decirse entonces que a la par del surgimiento del Renacimiento que dieron como resultado los nuevos planteamientos reformistas y contrareformistas del siglo XVI. Sin embargo a mediados de este periodo entraron a debate dos líneas ideológicas, por un lado se aseveraba la obligación del pobre y desvalido para que asumiera voluntariamente todas las privaciones que le aquejaban y con ello ser un ejemplo para los ricos para que trataran de imitarle. El segundo punto es que se consideraba a la pobreza algo antisocial, peligrosa y reprochable, por lo que debía combatirse. Es importante señalar brevemente la obra de Juan Luis Vives en la primera mitad del XVI siglo tuvo una visión más innovadora para su época, Puig (1981) citado por Palacios Rizo (2008).

“la ayuda a los indigentes era para él un problema social y no un aspecto de política criminal” “Consiguientemente, la solución propuesta por Vives a los problemas de la mendicidad y el vagabundeo reposaba especialmente sobre dos pilares: preventivo – a través de una enseñanza apropiada- , y curativo – a través de una política de empleo consciente-“ Claramente dentro de su obra encontramos algunas de las principales ideas del Modelo Rehabilitador, que no partían de las necesidades o consideraciones de las personas con discapacidad, si no de la necesidad social de controlar y normalizar, ya que dadas sus capacidades residuales debían ser aprovechadas. Por consiguiente la capacitación y el trabajo protegido se establecieron como los medios constitutivos para los fines de integración social.

Todos estos antecedentes establecieron las bases del modelo de rehabilitación el cual no termina de desarrollarse hasta conclusión de la Primera Guerra Mundial.

En este modelo la noción de la persona con discapacidad se centra en buscar las causas que dan origen a su condición, las respuestas se concentran en las “limitaciones” que tiene la persona y se considera esta desviado de la norma estándar, dando como resultado el impedimento para participar plenamente en la vida social, esta suposición acarrea una identificación de la diversidad funcional con la enfermedad y el convencimiento de que la “deficiencia/enfermedad” pasa hacer una situación modificable y en todos los casos “ser curada”, por tanto las personas con discapacidad deben ser rehabilitadas. Así la vida de una persona con discapacidad entonces “tiene sentido” por medio de determinadas herramientas como: la intervención estatal a través de la asistencia pública, el trabajo protegido, la educación especial, los tratamiento médicos y la aplicación de los avances científicos.

Como antecedente histórico habría que señalar que las primeras iniciativas de intervención estatal ante situaciones de necesidad material, enfermedad y educación, es en el siglo XVI, pero que en mayor medida esto se será a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX cuando se da este cambio de la caridad hacía la beneficencia. Cómo ya se había señalado, la visión de la pobreza tenía una connotación religiosa o espiritual, pero en el período de la Ilustración se le consideraba un obstáculo en el desarrollo económico y un detonante de desórdenes sociales, por lo que deja de ver a la pobreza como un conjunto indiferenciado y homogéneo, para establecer una nueva pauta a través de la capacidad o no de poder trabajar. Desde esta visión sólo serán dignos de ayuda, aquellos que tienen alguna imposibilidad de ganarse el sustento, dentro de este grupo también se consideraba a aquellos que por situaciones ajenas habían perdido su habitual medio de vida como; viudas, huérfanos o jornaleros en paro. Así que en lo relativo a los medio de subsistencia en este modelo, la asistencia social tiene un papel preponderante, esto como resultado de la exclusión laboral o en su defecto la modalidad de empleo protegido. En lo relativo al empleo protegido que se da a través de centros especiales, empresas protegidas o centros ocupacionales, en

donde las personas con diversidad funcional adquieren experiencia laboral y seguridad sobre sus habilidades, esta iniciativa paso a convertirse en “cuotas” dentro de algunas empresas, o bien como un remedio temporal. Habría que tomar en cuenta algunas de las aristas de este problema, la falta de crédito de los empleadores acerca de las habilidades que poseen las personas con diversidad funcional, sumado a la falta de confianza por parte de estos derivada en parte por la falta de una educación acorde para enfrentar las demandas laborales, así como la falta de capacitación de los facilitadores.

Recordando que las características y presupuestos de este modelo ya no son religiosas sino que pasan al plano científico y alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. Por otra parte las personas con una discapacidad ya no son consideradas poco provechosas para la sociedad si no que pueden aportar algo en la medida en que sean rehabilitados o normalizadas.

En cuanto al concepto de *normalización* se enunció por primera vez en 1959 por el danés Bank-Mikkelsen, y que fue reformulado por Nirje y posteriormente por Wolfensberger, figura de manera particular tanto en los estudios teóricos, así como principio de acción a favor de las personas en situación de discapacidad en la década de los setentas, es el marco conceptual y las características del manual de clasificación de la enfermedad y sus consecuencias para el individuo, presentado por OMS (1980).

Para 1980 está misma organización pública un manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad y repercusiones para la vida de una persona, titulado *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías – CIDDM-*. Esta clasificación tiene como eje rector el concepto de enfermedad y en el impedimento que ésta representa con relación a la capacidad del individuo para llevar a cabo funciones y obligaciones que socialmente se esperan de él. Aporta tres conceptualizaciones distintas e independientes, vinculadas cada una de ellas con un aspecto diferente de la experiencia que conforma la enfermedad; deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Así que desde la visión predominante en este modelo la persona con discapacidad puede resultar de alguna forma *rentable* para la sociedad, sin embargo el hecho

anterior quedará sujeto a la rehabilitación o normalización –lo cual significa, en definitiva- condicionar a que la persona logre asimilarse a los demás –válidos y capaces- en la mayor medida posible. Cabe recalcar en este enfoque, siendo las causas que se aducen para explicar el nacimiento de una persona con discapacidad con bases científicas, algunas situaciones pasan a ser consideradas *modificables*. La admisión de la diversidad funcional como una *enfermedad* resultado de causas naturales y biológicas deriva en favorecer una mejor calidad de vida de las personas afectadas, así como el desarrollo de los medios de prevención y tratamientos de rehabilitación. Por lo que se pasa de la idea del pecado a la enfermedad. Palacios (2005) señala

“En este modelo se busca la recuperación de la persona — dentro de la medida de lo posible—, y la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación o rehabilitación. Asimismo, dentro de las prácticas habituales, aparece plasmado un fenómeno que lo caracteriza: la institucionalización” (Palacios Rizo,2008;p.67).

Asimismo la mirada se centra en la diversidad funcional, es decir en las cosas que no puede hacer la persona, lo que resulta en una gran subestimación en correlación a las aptitudes de las personas con discapacidad, por consiguiente las respuestas sociales se basan en una actitud paternalista concentrada en los déficits de la persona que –se estima- tiene menos valor que el resto. En lo referente al modo de subsistencia la adhesión a la seguridad social y al empleo protegido es casi su vía obligada. De ahí que la asistencia social pasa hacer el principal medio de subsistencia.

En relación a las respuestas sociales el tratamiento que se confiere a las personas con discapacidad bajo este modelo tiende al paternalismo, lo que genera una cierta subestimación y conlleva a la discriminación, las personas pasan a ser normales o anormales, según sean consideradas sanas o enfermas y ahora el encargado de establecer el diagnóstico será el médico. La discapacidad se sigue presentando – si bien está permitido ahora evitar el nacimiento- a las personas con discapacidad se le acota socialmente, son alienadas y sus diferencias desaparecer o por lo menos

disimuladas, ocultadas. La ideología trata de invisibilizar la diversidad funcional por medio de la práctica de la institucionalización.

Para la primera mitad del siglo XX, las personas con discapacidad intelectual, con enfermedades mentales, parálisis cerebral, hasta la década de los cuarentas se les consideraba una amenaza para la salud e inteligencia de las futuras generaciones. Derivada de esta creencia, gran cantidad de personas se les recluyo en las instituciones, pues se consideraba como una medida idónea a los efectos de la asistencia y la rehabilitación, y que debía ser aceptada por su propio bien, y esto ayudaría a no ser una carga para la sociedad. Sin embargo en muchas ocasiones esta institucionalización se llevaba a cabo contra la voluntad de la persona afectada, lo que significaba una pérdida de control sobre sus propias vidas y de su libertad, con restricciones y violaciones de sus derechos más elementales.

Por otra parte los experimentos eugenésicos de los nazis despejaron este razonamiento y al finalizar la Segunda Guerra Mundial dio lugar a nuevo enfoque más humano. Así las personas con discapacidades ya no se les considero una amenaza y se les otorgo el status de *pacientes* y el trato hacía ellos es de necesidad de ayuda, educación, corrección y establecer el encierro como una herramienta valorada.

A quienes se les consideraba recuperables, la institucionalización parecía la forma efectiva de curar y recuperar a estas personas. Mientras que aquellos que parecían incurables, las instituciones serían lugares compasivos que proporcionaba alimento y cobijo, pero sin ningún tipo de tratamiento pues se consideraba no tendría ningún beneficio, por lo que se les mezclaba de forma indiscriminada, trayendo esto como consecuencia que de diera una réplica de comportamientos en aquellos cuyas condiciones no eran tan agudas.

Por otro lado esta institucionalización sometía a las personas a dietas inadecuadas, vestimentas inapropiadas y desalineadas, espacios reducidos, apenas amueblados, y para dormir se hacían grandes grupos. Todavía en los años setentas, era aceptado la práctica de bañar a los residentes quitándoles la ropa y formarlos en largas filas “bañándoles” con las mangueras del jardín, habría que agregar el maltrato por parte de los cuidadores, en suma este tipo de institucionalización consideraba que los

pacientes tenían que tener un comportamiento dócil, sin derechos básicos de elección, de oportunidades y de reclamos ante la comunidad. Por lo que se convirtieron en lugares escandalosos y vergonzosos, pero una parte de la sociedad conformada por padres, profesionales, periodistas e inclusive algunos residentes comenzaron a denunciar estas degradantes condiciones.

En suma, el modelo rehabilitador deja entrever que la discapacidad es exclusivamente un problema de la persona, derivado por la enfermedad, trauma o condición de la salud y debe ser atendido por profesionales en forma de tratamiento individual, encaminado principalmente a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. Por lo que la atención sanitaria es fundamental y las políticas públicas están dirigidas en atención a la salud.

Se pueden establecer dos puntos fundamentales; en primer lugar, se establece el “problema” de la discapacidad dentro del sujeto, en segundo lugar que las causas de dicho problema son consecuencia directa de sus limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. Para el autor Oliver (1996) esto podría denominarse “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad” que sugiere a la discapacidad como un evento fortuito tremendo que sucede algunas personas. Como resultado las políticas deben estar dirigidas a *normalizar* a las personas en la medida de lo posible y ayudando a que sean integradas a la sociedad.

Este modelo puede resumirse en que la discapacidad es únicamente un problema de la persona, ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos llevados a cabo por profesionales a través de un tratamiento individual. Como resultado este tratamiento está dirigido a conseguir la cura, o en su defecto una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta, la atención sanitaria es fundamental y las políticas públicas van dirigidas a la atención a la salud.

### **1.3 Modelo de Discapacidad Mental.**

Actualmente existen una gran cantidad de definiciones y explicaciones en lo que respecta a la Discapacidad Mental, todas ellas justificadas por los diferentes modelos explicativos y fruto de los diversos momentos históricos resultando una amplia y disímil variedad de ideas. Uno de estos modelos explicativos es el de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental AAMR.

La cual ha establecido concepciones clarificadoras, además de que las definiciones se han enriquecido con los nuevos conocimientos, lo que ha permitido intervenciones acordes a las necesidades de las personas. Por lo que se refiere a la definición de la AAMR establece que: el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiéndose esta como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años. (Luckansson y cols., 2002a, p.8; 2003, p.17)

Esta misma asociación establece una homogenización en las definiciones de inteligencia, conducta adaptativa, apoyos, discapacidad y contexto.

Inteligencia: Está capacidad mental, engloba el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas, el aprendizaje rápido y aprendizaje por la experiencia. En cuanto a las limitaciones se contempla cuatro dimensiones: conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales; salud y contexto. La medida de esta capacidad tendrá distinta relevancia dependiendo del propósito (diagnóstico o clasificación)

Conducta adaptativa: un grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que son aprendidas en función de la vida diaria.

En cuanto a las competencias y limitaciones, tienen diferente relevancia dependiendo del propósito de una evaluación (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos).

Apoyos: Estrategias y recursos empleados utilizados para favorecer el desarrollo, la educación, los intereses, etc., mediatizando el funcionamiento individual. Siendo el

resultado de la interacción entre los apoyos y las demás dimensiones: Habilidades intelectuales; conducta adaptativa, participación, interacción, roles sociales; salud; y contexto.

Contexto: especifica las interrelaciones en el ambiente cotidiano de las personas. Representado bajo la perspectiva, ecológica, lo que incluye al menos tres niveles diferentes:

1. El entorno social más cercano (sujeto, familia, y/o tutores (microsistema)
2. El barrio, la comunidad, las organizaciones educativas, o los servicios de apoyos (mesosistema)
3. Los patrones culturales, la sociedad, el país, las influencias socio-políticas, las normas legislativas (macrosistema)

En el caso de México la discapacidad mental, se define como toda aquella persona que presenta alguna limitación física o mental de forma permanente o por más de seis meses lo que le impide desarrollar sus actividades dentro lo establecido como normal para un ser humano. Incluyendo la capacidad para el aprendizaje de nuevas habilidades: trastorno de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con los otros individuos. (INEGI, 2000, p.2)

#### **1.4 Modelo de Discapacidad Intelectual.**

Dentro del modelo de Discapacidad Intelectual, el concepto de inteligencia tiene como eje, el constructo teórico empleado para representar la capacidad de razonamiento lógico, hipotético-deductivo, además de funciones mentales asociadas al aprendizaje, la memoria, la atención, y la realización de tareas básicas de cálculo, ubicación espacio-temporal, así como las referentes a las habilidades sociales.

Para determinar la presencia o ausencia de estas capacidades, se utilizan diversidad de test psicológicos para medir la capacidad y desempeño, estableciendo cuantitativamente el resultado que designa el coeficiente intelectual.

Partiendo de las primeras clasificaciones hasta la fecha, se puede observar que, ya sea por acuerdo o conveniencia, la discapacidad intelectual a sido nombrada de distintas formas: retraso o retardo mental, discapacidad mental, incapacidad intelectual, trastornos el aprendizaje o discapacidad intelectual. Lo que demuestra que no se han unificado totalmente los criterios teóricos en cuanto a un concepto estándar que equipare las diferentes tendencias. Sin embargo, se pueden identificar tres criterios comunes en los que concuerdan diferentes autores, resultando con ello una conceptualización común: la limitación significativa del individuo.

En la actualidad se dispone de gran cantidad de información general o específica por lo que se tiene un conocimiento general de la dimensión del problema de la discapacidad, y las características de las personas que lo presentan. No obstante, los límites conceptuales son variables, dependiendo del país, se notifica como un diagnóstico de un déficit en el caso del CIE, mientras que el DSM-IV como retardo mental, otros estudios de prevalencia se investiga como discapacidad intelectual, ahondando en el funcionamiento.

Considerando la diversidad del espectro diagnóstico, así como las alteraciones funcionales vinculadas con el “área mental/ intelectual”, resulta indispensable, distinguir los enfoques de base. Particularmente en América lo identificado está basado en la dimensión (déficit): retardo mental, trastornos del desarrollo, trastornos psiquiátricos/psicológicos, trastornos de aprendizaje, para ello se utiliza el CIE-10, las escalas de maduración del DSM-IV y el test CI entre otros.

Mientras que la CFI (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) amplía la dimensión (déficit) a otras dimensiones: actividad (capacidad de realizar, ejecutar una actividad) y participación (desempeño en el entorno), agregando la relación con el ambiente, siendo clave para la caracterización el funcionamiento del individuo.

#### ***1.4.1 Diagnóstico y clasificación de Discapacidad Intelectual.***

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (OMS, 1992), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV) (APA, 2000), Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (IFC) (OMS, 2001), y La asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo (2011) utilizan una combinación de factores cuantitativos basados en el IQ de evaluación y comportamiento adaptativo en su descripción de discapacidad intelectual. “Comportamiento adaptado” se considera la capacidad del individuo de adaptarse a las exigencias de su estado físico y el ambiente social”

En las investigaciones continua el debate acerca del valor de los sistemas de diagnóstico basados en las pruebas de IQ, comparadas con aquellas que se basan en el comportamiento adaptativo.

Por otro lado tenemos que la Asociación de Inteligencia y Desarrollo de Discapacidad (AAIDD) originó un debate a partir de su clasificación de ID de acuerdo; al nivel de apoyo que la persona requiere, intermitente, limitado, extenso u omnipresente. Describió además diez diferentes dominios adaptativos; comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades, uso comunitario, autodirección, salud, seguridad, académicos funcionales, ocio y trabajo.

#### ***1.4.2 Evaluación de capacidad intelectual y funcionamiento.***

Los déficits en capacidad intelectual y función adaptativa son primordiales para el diagnóstico de discapacidad intelectual (ID). Cómo ya se menciona con anterioridad Los sistemas de clasificación son; DSM-IV TR, Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (APA), 2000; CIE-10, Salud Mundial Organización Mundial de la Salud (OMS),

1993; Asociación Americana para el Retraso Mental, décima edición (AAMR 10), Luckasson et al., 2002) se utilizan para categorizar ID.

Están los modelos de discapacidad (por ejemplo, Clasificación de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, OMS, 2001; AAMR 10 modelo de intelectual Discapacidad, Luckasson et al., 2002). Para conceptualizar el funcionamiento humano se determina por múltiples factores, incluyendo el estado de salud mental. Como lo mencionan Alim, N., Paschos, D., Hearn, M., (2014), “Las personas con ID exhiben heterogeneidad cognitivas en función del nivel de CI, etiología, trastornos asociados y comorbilidades psicopatológicas.” (p. 23)

La evaluación de las habilidades adaptativas, se refiere al funcionamiento de un sujeto en su entorno. Por lo que el comportamiento adaptativo reúne características cognitivas y de personalidad. Las evaluaciones de la conducta adaptativa recaen en dominios de comunicación, las habilidades de autocuidado y las relaciones interpersonales.

En lo relativo al IQ, comportamiento adaptativo y salud mental. Las evaluaciones de la salud mental junto con los déficits y excesos de habilidades sociales y adaptativas pueden considerarse significativo en cuanto a la asociación entre los síntomas psicológicos y el comportamiento adaptativo (Matson, Smiroldo, & Amp; Bamburg, 1998). Mientas que el estudio de Manikam, Matson, Coe y Hillman (1995) plantea que el comportamiento adaptativo funciona como moderador variable mediando la relación entre depresión y funcionamiento intelectual.

### **1.5 Modelo de Trastorno Mental.**

En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó el reglamento particular para la edición del Manual Internacional de Enfermedades Traumatismos y Causas de Defunción (CIE). Desde entonces se utiliza esta clasificación de los índices de las historias médicas en los hospitales contando con distintas revisiones. Es en 1975 durante la Conferencia Internacional para la Novena de la Clasificación emplazada por la OMS, como resultado del interés y difusión de esta, fue indispensable la realización de modificaciones que dieron lugar a una clasificación más completa para cada especialidad ampliando su especificidad, pero manteniendo su estructura básica con categoría de tres dígitos, desarrollando subcategorías de cuatro y subclasificaciones de cinco.

Este manual en su conjunto fue diseñado para ser la clasificación central de cada una de las familias de enfermedades y otras situaciones referentes a la sanidad. En cuanto a la acepción del término trastorno a lo largo de este, es con la finalidad de evitar problemas con los conceptos de enfermedad o padecimiento. Y aun cuando no es exacto, permite designar la presencia de un comportamiento o grupo de síntomas particulares dentro de la práctica clínica, siendo frecuente que los casos se acompañen de malestar, o bien obstaculicen las actividades de un sujeto.

Cabe mencionar que establecer un único concepto de trastorno mental a resultado en una tarea bastante compleja pero indispensable debido a que se requiere se defina su objeto de estudio. Hay una aceptación en cuanto a que los trastornos son tomados como enfermedad y que las clasificaciones aceptadas son un tanto ateóricas, otorgándole el estatus de enfermedad con sus múltiples entidades para el diagnóstico (que en realidad son síntomas) estableciendo las pautas para su tratamiento (farmacológico) y no al revés.

Para Senin, C. y Fernández E. (2010) en su glosario de términos básicos establecen al "Trastorno: Síndrome o conjunto de síndromes interrelacionados, de carácter funcional, que suponen malestar y una afectación significativa en el funcionamiento psicosocial de la persona. No es, por tanto, sinónimo de síndrome pero lo toma como unidad para el diagnóstico. Sigue criterios de inclusión y exclusión, requiere la

significación clínica, supone una causa determinada y precisa, por tanto, un tratamiento específico. "(p.32)

Actividad y la participación (incluyendo las psicológicas). La forma negativa está marcada por las deficiencias, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación, siendo negativo cuando interponga una barrera u obstáculo que complique o agrave lo anteriormente citado.

### ***1. Definición de Trastorno Mental DSMV:***

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.5).

Para este Modelo Médico el diagnóstico debe tener una utilidad clínica, que permita al médico determinar el pronóstico, los planes de tratamiento, así como los posibles resultados. Tomando en cuenta que el diagnóstico de un trastorno mental no equivale en consecuencia a la necesidad de un tratamiento, sino que debe considerarse la gravedad del síntoma para ello, su significado (p.ej. ideación suicida), el sufrimiento del paciente (dolor mental) vinculado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, así como los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores. La aproximación al validar los criterios de diagnóstico de las distintas categorías de los trastornos mentales está fundamentado

en los siguientes tipos de evidencia: factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición al entorno), factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas), y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta a tratamientos similares) (Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. p.75).

## **CAPITULO II. MODELO DE ATENCIÓN EN MÉXICO.**

### ***2.1 Modelo Nacional Miguel Hidalgo en Atención en Salud Mental.***

En el capítulo anterior, se dio un panorama general de las formas de atención hacia la población con los distintos tipos de discapacidad, particularmente en Europa y EUA , por lo tanto en este capítulo que aborda el Modelo de Atención en México, se hará lo propio, empezando por la visión del mundo prehispánico, posteriormente la etapa colonial, continuando con esta línea del tiempo se abordará la etapa del manicomio conocido como La Castañeda su apertura y cierre, el período de la posguerra hasta los años sesentas, hasta finalizar con el modelo actual llamado Modelo Nacional Miguel Hidalgo en Atención en Salud Mental.

Tenemos entonces que para el año 1500 en el Valle de México se calcula la población era aproximadamente entre 1,500,000 a 3,000,000, con una expectativa de vida calculada entre 37 y 40 años, en lo referente a la tasa de mortalidad, la más alta era para los niños de entre cuatro a seis años con un 66.97%, para los mayores de seis años y menores de 12, el 15.5% y del 17.83 para la población adulta, tras la conquista las nuevas enfermedades diezmaron a la población.

En lo referente al concepto salud-enfermedad para los antiguos pobladores la salud era concebida como un equilibrio que mantiene el cuerpo humano en relación con otras fuerzas como las divinidades y la naturaleza, dando como resultado un constante intercambio y relación. La concepción de enfermedad se refería a la pérdida del equilibrio entre el hombre y su entorno, es decir, la cosmovisión en cuanto a salud-enfermedad contenía aspectos religiosos, etiológicos, nutricionales, políticos y sociales, eran considerados factores importantes para mantener la armonía entre el sujeto y su medio ambiente. Los órganos del cuerpo tenían representación con los signos de los días del calendario de los soles. Su visión del hombre era a través de un microcosmos en el que se representaban y accionaban todos los sectores del universo, y donde se establecían un orden y significado que permitía comprender el funcionamiento del organismo (Códice Vaticano Latino, 1964).

Consideraban además la existencia de un ser espiritual energético en el organismo, el cual se ubicaba en tres órganos; el cerebro (*tonalli*), se adquiría en el vientre materno, era el encargado de regular la temperatura corporal, así como el crecimiento, y en él residían la conducta y la razón.

El corazón (*yolotl*) en donde se asentaban la memoria, la voluntad y las emociones, si se dañaba por mala conducta tenía por resultado el deterioro de estas facultades. En cuanto al hígado (*ihiyotl*), residían la pasión, la vitalidad, el vigor, la valentía y la apetencia.

Y que eran capaces de causar enfermedades en sí mismos o a los seres que lo rodeaban. En consecuencia, el equilibrio entre las fuerzas opuestas duales era la salud y el desequilibrio la enfermedad, además las enfermedades podían ser de origen interno o externo, siendo en el primer caso que la enfermedad se presentaba por causa directa dentro del cuerpo físico, ya sea con responsabilidad de éste, o sin responsabilidad. En el segundo caso, el origen dependía del mundo en el que se desenvolvía. Así que el buen comportamiento y la moderación aseguraban la salud, lo opuesto, es decir los excesos producían daño.

Las investigaciones realizadas al Códice de la Cruz–Badiano revelan que se tenían diferentes criterios para enfrentar la enfermedad: el mágico, el cosmogónico, el observacional, el práctico y el religioso. Como ya se mencionó anteriormente, el estado de salud era resultado del equilibrio del organismo, y la enfermedad como la pérdida de ese equilibrio, y al curarse se reintegraba a la armonía del grupo. Se creía que la enfermedad era un castigo de los dioses por haber cometido una falta que los ofendió, y como consecuencia no se veía afectado únicamente él, sino que podría atraer sobre todo el grupo una serie de desgracias. Las enfermedades formaban parte de un todo, que podían ser provocadas por los elementos de la naturaleza, además cada parte del cuerpo humano estaba relacionada con una deidad. El mundo prehispánico desarrolló una medicina más bien empírica y mágica, por ello la intervención de sus divinidades y los cuales también servían para tratar de explicar todos los fenómenos fisiológicos. En lo relativo a la atención, el oficio de curar tenía subdivisiones, puede decirse que habría ciertas equivalencias con las distintas especialidades actuales: el internista (*tlama-tepatiticitl*) el cirujano

(*texoxotla-tícitl*) los desaparecidos flebotomianos (*tezoc-tezoani*) la comadrona (*tlamatquitícitl*) el boticario o mejor dicho herbolario (*papiani-panamacani*). El ejercicio de la medicina no tenía restricción con respecto al sexo, sin embargo si a la edad, es decir solo se podía ejercer cuando se había alcanzado una edad avanzada o ser “viejos”, el oficio era transmitido de padre a hijos, parientes cercanos o por herencia. Tenían tratamientos por especialidad, y en la época de Moctezuma II, tenía en su palacio una casa anexa al Templo Mayor para los enfermos incurables y extraordinarios. Ellos identificaban dos formas de locura: la grave (*tlahuililocayotl*) o furiosa y la discreta, la depresiva (*xolopiyotl*) y para esta última tenían tratamientos.

Es conveniente subrayar que a la conquista de los españoles se hizo lo posible por destruir parte de este modelo de atención, emitiendo juicios de valor y declarando que eran producto de la magia y la hechicería, ya que no comprendían que sus prácticas terapéuticas estaban íntimamente ligadas a los aspectos religiosos, a su sistema ideológico y cosmovisión, todo ello congruente con su realidad social.

Ya en la época de la colonia y a menos de 50 años de la conquista, tenemos que Bernardino Álvarez gracias al apoyo del Ayuntamiento y el Arzobispado fundo el «Hospital de San Hipólito de convalecientes y desamparados» entre su población se encontraban los *locos*. El cual logro a través del tiempo tener una red hospitalaria por medio de siete hospitales repartidos en las principales ciudades de camino México-Veracruz y México-Acapulco. Otro hospital que acogía a personas con discapacidad psíquica, fue el Hospital del Divino Salvador, estos dos centros funcionaron hasta el año 1910 en que se inauguró el Manicomio de La Castañeda, del cuál se abordará más adelante y que funciono hasta 1968. Por otra parte en el año 1945 se estableció la primera “Granja de recuperación para enfermos mentales pacíficos” cuya terapéutica estaba basada por el trabajo y era destinada a pacientes crónicos de La Castañeda.

Chávez (1997) citado por Sacristán Cristina (2005) afirma que: Según la intención con la que fue creado, el Manicomio General cumplió con su función de mecanismo político y de control, recluyendo a todo aquel que se considera fuera de la normalidad.

(...) resultó ser un lugar donde un gran número de familias dejó una pesada carga que arrastró por años y de la que no volvió a ocuparse. El basurero humano en que fue convertido cumplió su misión: aislar, guardar, y desaparecer aquello que además de desagradable resultaba inútil. Para ingresar en él se requería de un certificado médico y se hacía el primer diagnóstico en la Oficina de Admisión, sin embargo, las órdenes de ingreso procedentes de las autoridades públicas llegaron a ser del 85% frente al 15% de las familias – podían evadir el certificado médico. Transcurrido un tiempo si los internos no mostraban mejoría, engrosaban la lista de los crónicos y si eran dados de alta, pero nadie pasaba por ellos, entonces formaban parte de los asilados. En ambos casos pasaban de la categoría de enfermos a ser objeto de la custodia de la institución, dando como resultado que en sus inicios contaba con una población de 800 enfermos, para 1942 su número ascendía a 3,400.

En tanto que San Hipólito comenzó aceptando a todo tipo de enfermos” a la par asistía a todo tipo de desvalidos, pobres y peregrinos, asimismo hacía las veces de casa para ancianos, sacerdotes, estudiantes, maestros y contaba con comedores públicos. Y en sus informes religiosos establecían que parte del tratamiento consistía en asistir a misa, rezar, expiar los pecados mediante la penitencia, se creía que la locura podía provenir de la falta de fe. La fundación de estos espacios no fue movida exclusivamente por “la compasión y la caridad de particulares”. Si bien se buscaba combatir el abandono de estos enfermos, su deambular por la ciudad podía salirse de control, por ello su necesidad de proteger a la sociedad de su peligrosidad, también se contaba con <jaulas> para los <peligrosos>, en cuanto a la división interna de pabellones obedecía a ciertas características de su enfermedad, a la posición económica del paciente (pensionistas o indigentes), a su estatus jurídico (libre o reo), a la dificultad de su manejo (tranquilos o agitados), a su productividad, a las posibilidades de regeneración (educables o ineducables), y desde luego al sexo.

Esta clasificación no era una cuestión médica, sino que reproducía las jerarquías externas de la sociedad. Entre el período del Porfiriato y la Revolución habían otros hospitales de los que no se sabe casi nada: Hospital civil de Monterrey (1860), Hospital civil de Guadalajara (1860), el Asilo Ayala en Mérida, los hospitales fundados por los juaninos en Jalisco y Puebla, se calcula que en 1950 habían 7000

enfermos internados. Como ya se mencionó, también existían las llamadas granjas o colonias agrícolas que estaban repartidas de forma desigual en el territorio nacional, que era el lugar de los pacientes considerados incurables y cuya finalidad era que vivieran el resto de su vida bajo un régimen de mayor libertad, sin rejas ni calabozos, en contacto con la naturaleza, realizando algún tipo de trabajo (doméstico, agrícola, artesanal e industrial) y que coadyuvara al mantenimiento de sus habilidades, a la par la disminución de la carga económica para el Estado. Entre 1945 y 1968 se establecieron once hospitales campestres a unos cuantos kilómetros de ciudades importantes, estos espacios tuvieron transformaciones a lo largo del tiempo, por ejemplo en un inicio quienes se hacían cargo del manejo de estos lugares eran “administradores” y con personal sin capacitación cuya función era de cuidadores, posteriormente se cedió la dirección a médicos psiquiatras. Y fue el Hospital Español uno de los primeros en contar con un servicio de psiquiatría.

Pero regresando al caso de La Castañeda a dos décadas de su fundación y como resultado de su sobrepoblación, el paulatino deterioro de sus instalaciones, la escasa capacitación de su personal, se hizo necesario contrarrestar la imagen de la psiquiatría, difundiendo entonces que el tratamiento buscaba no solo la cura del enfermo mental sino que podía hacerlos útiles a la nación a través de una terapéutica por medio del trabajo, por lo que ya no serían una carga para las familias o el Estado, y que estaban en proceso de ser reintegrados a la sociedad. Al mismo tiempo y como resultado de la saturación del manicomio los psiquiatras restringieron el número de ingresos, con criterios más rigurosos para el ingreso, llegando al punto de solo recibir a pacientes cuyas <<reacciones antisociales>> constituían un peligro y facilitaron las altas de todos aquellos que pudieran ser atendidos por sus familias sin que fuera un riesgo. Finalmente debido a las malas condiciones en las que se encontraba, durante el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) manda a destruir el hospital.

Entre 1960 y 1970, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció una red de 11 hospitales, nueve de ellos hospitales granja en sustitución del manicomio general, destacando el Hospital Fray Bernardino y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, los cuales actualmente siguen en funcionamiento.

De 1970 a 1976 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inauguró el Instituto Nacional de Salud Mental, actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental.

Entre 1976 a 1982 Se crea el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAN), y para 1979 se da la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, de 1980 a 1982 este mismo instituto desarrollo modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

De 1988 a 1994 por gestión del Secretario de Salud se estableció un cuerpo colegiado ex profeso para impulsar los servicios especializados: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.

Entre 1995 a 2000 Se elaboró la Norma Oficial Mexicana 025 para la prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica.

A partir del año 2000 se crea el Programa de Acción en Salud Mental, estableciéndose los siguientes puntos:

Dentro de los ejes para el diseño del Modelo Miguel Hidalgo, en primer término se establecieron las bases jurídicas a partir de las leyes mexicanas y de los acuerdos internacionales de las distintas convenciones que el gobierno de México ha ratificado y que son las siguientes:

## ***2.2 Bases Jurídicas del Modelo Miguel Hidalgo.***

Fue en el año 1984 cuando se promulga la Ley General de Salud, que marca el inicio al cuidado de la salud mental del mexicano estableciendo en el artículo 72:

“La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental. (El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (07 de febrero de 1984). DOF: 4652777, s/p)”

Para efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de un buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción social y con estricto respeto de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.

Artículo 73. Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaria de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad.
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento.
- III. La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que pueden causar alteraciones mentales o dependencia.
- IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como la sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención.
- V. La implementación estratégica y gradual de servicios en salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención.
- VI. La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental.
- VII. La participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del

comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud.

- VIII. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención y fomento de la salud mental de la población.

Por otro lado, referente a los derechos del paciente psiquiátrico en México, según el Artículo 74 Bis. la persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

- I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respecto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la Red del Sistema Nacional de Salud.
- II. Derecho de contar con un representante que cuide en todo momento de sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante.
- III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.
- IV. Derecho a que se le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible.
- V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso.
- VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona.
- VII. Derecho a ser tratado en su y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos;

VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.

En cuanto a la Ley de Salud Mental reglamentaría el derecho a la protección de la salud mental que tiene toda persona en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación.

Esta ley de orden público, interés social y observancia general, aplicable en toda la república mexicana, para instituciones públicas, sociales y privadas que planifiquen, administren y coordinen los servicios de salud mental, teniendo por objetivo:

1. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental para la Federación, con un enfoque ético ante los derechos humanos del paciente y un enfoque bioético en la relación médico-paciente, incorporando la perspectiva de género.
2. Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública de la Federación, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la presentación de servicios en los términos y modalidades establecidas en la ley.
3. Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población y el desarrollo de la salud mental con respecto a la creación de programas en donde se vincule a la Bioética y se fortalezca la seguridad en la relación médico-paciente de manera ética y acorde con las necesidades específicas de cada individuo.

### **2.3 Normas Oficiales Mexicanas.**

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) son regulaciones técnicas cuyo fin es garantizar servicios o productos que se contratan por un particular o institución ya sea pública, que cumplan con parámetros o determinados procesos, con la finalidad

de proteger la vida, la seguridad y el medioambiente, coordinándose las dependencias correspondientes.

El marco jurídico es importante en el establecimiento de las políticas públicas, incluyendo los tratados internacionales sobre los derechos humanos. Entre los más importantes; la Declaración Internacional de Derechos, el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además existen acuerdos internacionales de estándares sobre buenas prácticas que incluyen los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales, y para la mejora de los Servicios de Salud Mental Principales, las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de Personas con Discapacidad, la Declaración de Caracas, la Declaración de Madrid, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas 2010 y otros estándares como la “Ley sobre cuidados de Salud Mental: diez principios básicos” de la Organización Mundial de la Salud. En México se suscribió la Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica en 2006. Y señalar que la OMS subraya la necesidad de una legislación sobre salud mental que vaya más allá de los cuidados y tratamientos, buscando no solo se limite a regular los cuidados de salud mental ofrecidos en las instituciones, sino que se proporciona un marco legal para temas complejos relacionados con la salud mental, que incluyan la accesibilidad a la atención , cuidados de alta calidad, la rehabilitación y el seguimiento, la integración total de los enfermos mentales en la comunidad, así como la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

#### ***2.4 Bases del Programa Institucional.***

Con la finalidad de mejorar las formas de organización de los servicios de salud mental, así como la de mejorar el tratamiento en México se reformo la atención psiquiátrica con la implementación del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, el cual busca un cambio integral en la atención, trabajando en los tres niveles de atención, prevención, tratamiento y reintegración social, enfatizando la importancia en el restablecimiento pleno de la salud mental y física. Es una herramienta en la reforma psiquiátrica en México, con una base comunitaria

descentralizada, continua, integral, que contempla programas que buscan satisfacer a la población, tiene un enfoque biopsicosocial, además de involucrar la promoción a la salud mental y la disposición de psicofármacos para los tratamientos de los usuarios de los servicios de salud mental. En donde se han implementado estructuras para la atención ambulatoria, hospitalización breve y apoyo comunitario con la finalidad de lograr la reinserción social de los usuarios.

Uno de los puntos centrales de dicho programa consiste en la desinstitucionalización, que consta de tres componentes esenciales:

- La prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios.
- El reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados;
- El establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

La desinstitucionalización conlleva una estrecha relación con la preocupación de los derechos humanos, y que es la condición previa a toda reforma de la atención en salud mental.

### ***2.5 Marco conceptual***

El inicio de la psiquiatría comunitaria es durante los años setentas en el marco de la política de desinstitucionalización de EE. UU. Extendiéndose por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la Reforma Psiquiátrica, sentando las bases para lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica, desde la psiquiatría inglesa, francesa a la reestructuración psiquiátrica en América Latina. Dicha reforma obedece a poderosas razones técnicas, la ineficacia, y al fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, pero particularmente a la lucha de las personas con discapacidad en la restitución de la dignidad y sus derechos como personas. No sobra decir que las comisiones de derechos humanos descubrieron condiciones <<escandalosas e inaceptables>> en sus visitas a los distintos hospitales psiquiátricos de América Central y la India, con

condiciones de higiene casi nulas, deterioro de las instalaciones, así como encierros como medida de castigo, sin ningún tipo de actividad durante el día. En muchos hospitales se conservaba la estructura carcelaria con que fueron construidos en la época colonial, la mayor parte del día estaban la cuidado de celadores y los pabellones recibían el nombre de galerías, el 80% de los hospitales no disponía de medios para efectuar análisis de sangre y orina. Y por lo menos uno de cada tres pacientes carecía de diagnóstico psiquiátrico que justificase su estancia. En cuanto a las historias clínicas, éstas eran deficientes, en cuanto al personal calificado en el caso de la enfermería psiquiátrica, se contaba con menos del 25% de los hospitales, y menos de la mitad de los hospitales contaban con psicólogos clínicos y asistentes sociales en psiquiatría.

En 1990 la OMS/OPS dio origen a una iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región de las Américas de donde surgió la Declaración de Caracas, en donde se hacía un llamado en favor del desarrollo de una atención psiquiátrica estrechamente ligada a la atención primaria de salud y circunscrita al sistema sanitario social.

En cuanto al Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, tiene sus antecedentes en Italia representada por la experiencia de Trieste en 1978, y España, particularmente por la Fundación de la Liga de Higiene Mental, movimiento que se consolidó en los años sesentas.

El Modelo Miguel Hidalgo cumple con las 10 recomendaciones generales de la OMS (2001):

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.

9. Vigilar la salud mental de las comunidades.

10. Apoyar nuevas investigaciones.

Este modelo es el eje rector del programa de acción social en salud mental, el cual plantea un cambio en el concepto de atención a las personas con enfermedad mental, a su vez contempla la creación de nuevas estructuras, en el que existen los elementos suficientes para la modificación y creación de nuevas instituciones basadas en el respeto a los derechos de los usuarios, a recibir una atención médico psiquiátrica de calidad y con calidez. Arrancando en el año 2000 busca romper con el paradigma institucionalizante, con el principal objetivos de eliminar el modelo psiquiátrico asilar y reinsertar a la brevedad al usuario a su entorno. Ofreciendo una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización breve y reintegración social. Es decir, la creación de nuevas estructuras de atención, en donde se busca integrar nuevos elementos que ayuden a modificar la visión y el trabajo de las instituciones, ofreciendo una red de servicios con diferentes alternativas de promoción de salud mental, prevención, atención ambulatoria y reinserción social.

Las acciones que a continuación se describen constituyen los *Servicios Establecidos* para el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental; lo cuales deberán llevarse a cabo de manera transversal buscando alcanzar todos los niveles de atención y logrando que la mayoría de los usuarios de servicios se concentren en los centros de salud comunitarios, es decir en el nivel de atención primaria:

- Atención Ambulatoria: A través del Centro de Salud, se trata de responder efectivamente a las necesidades demográficas y epidemiológicas en salud mental, para mejorar la vida de los usuarios, atendiendo a psicopatologías leves e identificando oportunamente padecimientos que de no ser atendidos podrían evolucionar en enfermedades crónicas. Comprendiendo tres líneas de acción: Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contra referencia.

- Centro Integral de Salud Mental: El Centro Integral de Salud Mental (CISAME), es una unidad especializada de atención ambulatoria, que proporciona servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas, y si es necesario refiere a los usuarios a unidades hospitalarias.
- Hospitalización: Unidad de Psiquiatría en Hospital General: Se refiere a unidades de estancia corta, que tiene por objetivo proporcionar atención médica a personas con trastornos mentales como patología única asociada a otras enfermedades. Así mismo proporcionar atención ambulatoria en los hospitales generales e ingresos breves, procurando procesos integrales de recuperación, enfocados en el usuario, con respeto a los Derechos Humanos.
- Hospital Psiquiátrico: Son unidades especializadas con pabellones de base hospitalaria y estancia media o larga, con atención médico psiquiátrica. Cuenta con servicios residenciales, urgencias y área de ingreso. Este modelo en México contaba con estancias hospitalarias prolongadas, su diseño arquitectónico y organización promueve un modelo aislar de atención, donde hay hacinamiento, sin privacidad ni respeto a la privacidad e individualidad, lo que resulta en el usuario falta de autonomía y de independencia.
- Villas de Transición Hospitalaria.: En este diseño arquitectónico es un conjunto de casa que consta de cuatro recámaras con baño cada una, sala, comedor, cocina, propiciando en sus habitantes realizar actividades cotidianas dirigidas a la normalización y que dé como resultado la reintegración social. Cuenta con un consultorio, módulo de enfermería con baño y áreas verdes. La atención es integral médico-psiquiátrica, psicológica, y programas de rehabilitación psicosocial como talleres protegidos, salidas terapéuticas y el centro básico de abasto.
- Rehabilitación Psicosocial: Tiene como objetivo general el facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible, dentro de su objetivo general incluye el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas.

Los objetivos específicos están asociados a la mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo.

- Banco de Reforzadores (Tienda): Las tiendas son facilitadoras para la rehabilitación psicosocial y la reinserción social, los usuarios, con el dinero que reciben por su trabajo a través de los talleres protegidos pueden tener acceso a determinados productos en la tienda equipada dentro del hospital psiquiátrico.
- Paseos Terapéuticos: Son actividades de rehabilitación psicosocial, ya que su objetivo es mezclarse con la comunidad y hacer actividades que parecieran ser cotidianas, aprendiendo o reaprendiendo o recordando diversas cosas que utilizarán cuando habiten nuevamente en la comunidad, convertidos en miembros activos y participantes.
- Reinserción Social: Se pretende la reintegración social del usuario al medio al que pertenece por medio de las diferentes estructuras de atención comunitaria como: residencias para adultos mayores, departamentos independientes, casas de medio camino, centro de día e inserción laboral.
- Taller Protegido: Están dirigidos a que las personas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, relacionarse con otros, integrándose en la comunidad, conociendo sus derechos, buscando el mayor grado de autonomía según cada caso. Se trabaja a partir de las capacidades remanentes de los pacientes (afectivas y productivas) de forma gradual y a través del trabajo protegido les permita recuperar el nivel de autonomía necesaria y reinsertarse en la vida cotidiana. Esto a través de terapeutas que hacen un seguimiento y evaluación de los pacientes en relación al vínculo con el trabajo, así como a las relaciones que éste genera en el quehacer diario. Existe una segunda modalidad para los talleres, son los talleres programados, los cuales forman parte de los servicios de las casas de medio camino, quienes además determinan el tipo de taller.
- Promoción de la Salud Mental: La promoción en salud mental, no solo requiere del tratamiento de la enfermedad, sino de un trabajo de prevención y promoción junto a múltiples actores sociales. Dentro de la atención primaria

su objetivo será mitigar las determinantes sociales que afectan la salud, fortalecer las habilidades para la vida de la población, detectar e intervenir precoz y con efectividad sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo.

- Los Centros de Día: tienen como objetivo facilitar los procesos de rehabilitación ofreciendo el soporte necesario y apoyar de forma adecuada la integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente.
- Los Departamentos Independientes: son espacios ubicados dentro de la comunidad, y el único apoyo que se presta al usuario es el económico, para el pago de su renta a través de convenios donde se especifica el tiempo de duración de dicho apoyo, así como las condiciones. Los usuarios residen de manera totalmente independiente y están incluidos en alguna actividad laboral y la atención médica se lleva a cabo en su centro de salud más cercano u hospital general. Por último en el eje de los departamentos independientes están las casas de medio camino.

### **2.6 Casa de Medio Camino.**

Dentro de los departamentos independientes se encuentran las casas de medio camino, las cuales son unidades abiertas tanto para personas egresadas de hospitales psiquiátricos y personas con enfermedad mental, con situaciones familiares inestables o de conflicto grave. Son unidades de permanencia voluntaria, en donde se apoya al usuario en su proceso de reintegración social por medio del acompañamiento terapéutico. Estas casas se encuentran en diversos estados de la República, así como en la ciudad de México, si bien se tienen establecidos los servicios que dará a su población, se les otorga autonomía en su manejo interno, por lo que se puede encontrar variedad en su terapéutica, así como en la elección de los talleres programados, etc. A continuación tenemos un ejemplo en el recuadro 1.

#### **Recuadro 1. Lineamientos de un programa de una Casa de Medio Camino en la Cdmx.**

*Al intervenir para intentar cambiar la forma de vida de las personas con discapacidad, las repercusiones directas e indirectas de quienes se ven involucrados en los programas de tratamiento y rehabilitación (familiares, parejas, hijos, amigos, escuela, trabajo, etc) se hacen evidentes y generan mayores responsabilidades que debemos estar atentos a responder.*

*Por esta razón, la Comunidad Terapéutica propone que para atender adecuadamente las necesidades de salud mental de los residentes, se requiere de una serie de intervenciones que tomen en cuenta múltiples interconexiones sociales y culturales que existen entre los enfermos, los sanadores y los miembros de la comunidad, para impulsar estilos de vida saludables que incidan en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.*

*Proporcionando servicios psicoterapéuticos para personas que padecen trastornos mentales crónicos (esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, trastorno limítrofe, depresión, trastornos de la personalidad, entre otros). Su enfoque se dirige principalmente a la atención de personas con discapacidad mental ofreciendo un satisfactor, el cual proporciona la posibilidad de su readaptación a la sociedad a través de la capacitación y asesoría que promueva el desarrollo de habilidades y bienestar social de las personas con trastornos mentales.*

*Prestando servicios a la comunidad enfocados a las Rehabilitación Psicosocial, entendiéndose simultáneamente como una práctica, un medio para favorecer los procesos de recuperación, una filosofía, una estrategia, y una ética; utilizando componentes teóricos y técnicos cuyas intervenciones deben estar enmarcadas en la ética, asegurando que los profesionales que en ella trabajan estarán sensibles, como agentes de la rehabilitación, a los diferentes modelos y ámbitos de actuación, favoreciendo las condiciones para que los individuos puedan tomar conciencia del sentido de sí mismos, para que puedan integrar sus experiencias, protegerse de las emociones desagradables que están viviendo, con nuevas herramientas y puedan continuar su camino hacia un horizonte que aún no ha sido firmemente trazado por nadie.*

*Las estrategias estarán dirigidas a favorecer y promover todas aquellas actividades que los implican en la vida como individuos, sin obligarlos a actividades que resulten denigrantes; que les ayude a socializar y a encontrar a través del otro, seguridad en sí mismos; que logren valorarse y valorar al otro, seguridad en sí mismos y los demás encarando las dificultades de una manera sana y sin temor al conflicto; que aprendan a hacerse oír y respetar y lo hagan de igual manera con los otros.*

*Los coordinadores trabajarán en el desarrollo de proyectos de rehabilitación, capacitación y orientación a los beneficiarios de la comunidad sobre la importancia de atención a las discapacidad mental, diseñando estrategias que faciliten el acceso a los recursos disponibles para todos, combatiendo los mitos relacionados con la enfermedad mental, fortaleciendo una comunidad más acogedora e inclusiva.*

*La intervención consistirá en establecer relaciones sólidas, un trato humano cálido y cercano, que ayude a las personas con trastorno mental a retomar el control de sus vidas .*

*Proveyendo herramientas para que los familiares se sumen al proceso de rehabilitación psicosocial a través de la in formación, organización, diseño y ejecución de programas orientados a estimular la inclusión social, integrando medidas de prevención para disminuir las probabilidades de que se produzcan mayores discapacidades, y así ayudarlos a mantener una mejor calidad de vida, incorporando y aplicando estrategias para el aprendizaje de habilidades sociales, con la intención de aumentar la capacidad de elegir modos de vida saludable y un óptimo bienestar físico, social y psicológico, a través de las siguientes actividades: autocuidado, socialización, verbalización, caminata y tienda y talleres programados.*

### CAPITULO III. MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD.

Uno de los órganos rectores en cuanto a salud a nivel internacional es la OMS, por lo que resulta necesario establecer cuál es su definición acerca de discapacidad, lo que nos ayudará reconocer las diferencias sustanciales entre el Modelo Social de Discapacidad y este órgano internacional (Ver recuadro 2).

#### Recuadro no. 2 Discapacidad de acuerdo a la OMS.

*Para la OMS (2011), la discapacidad forma parte de la condición humana; casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente, en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentaran dificultades crecientes de funcionamiento.” (Díaz, S., Mancilla, C., 2013, p.3) Este mismo organismo cuenta con una clasificación revisada por segunda ocasión en 1980, la cual busca ampliar el concepto, entiendo al proceso mismo de la enfermedad, para clasificar las consecuencias que ésta deja en el sujeto tanto en su propio cuerpo, cómo en su persona, y en su relación con la sociedad. Por lo que el esquema de la enfermedad va más allá:*

*Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía*

*Por lo que este esquema comprende:*

- Enfermedad: Es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente, siendo su clasificación internacional el CIE.*
- Deficiencia: “Es la exteriorización directa de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas)*
- Discapacidad: “Es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...)*
- Minusvalía: “Es la socialización de la problemática causada en el sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta el desempeño del rol social que le es propio” (García, C., Sarabia, A., 2001, p.103)*

Por otra parte, tenemos que no sin dificultades se logró llegar a un acuerdo en la Octava Convención para establecer una definición de persona con discapacidad, en su artículo 1 señala que:

“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales, o sensoriales a largo plazo, que al interactuar

con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, UPIAS, 1975, p.122)

Es importante señalar que un Estado, puede dentro de su legislación interna adoptar una definición más amplia de discapacidad siempre que beneficie a la persona con discapacidad que cubra otras situaciones.

### **3.1 Modelo Social de Discapacidad.**

*“Una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste una serie de escalones es una discapacidad”. Jenny Morris*

Al igual que en los capítulos anteriores en los que se respetaron los constructos y la nosología correspondiente al modelo revisado, en capítulo actual se hará lo mismo:

“Los presupuestos fundamentales del modelo social son dos. En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales.” (Palacios, 2008, p.103)

“La utilización del término social en este caso pretende remarcar que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas no científicas, sino sociales, o al menos preponderantemente sociales (Palacios, 2008, p.103).

Los postulantes de este modelo establecen que no son las limitaciones individuales el origen del problema, sino las limitaciones inherentes a la sociedad para procurar servicios apropiados y para garantizar que los requerimientos de las personas con discapacidad sean atendidas dentro de la organización social.

El segundo presupuesto (referente a la utilidad para la comunidad) se considera que las personas con discapacidad tiene mucho que aportar a la sociedad, o bien que esta aportación, será en la misma medida que las demás personas –sin discapacidad-. Desde la visión de este modelo se afirma que la contribución a la

sociedad por parte de las personas con discapacidad, se interrelaciona con la inclusión y la aceptación de la diferencia. (Palacios, 2008)

Estos planteamientos tienen un impacto directo en las políticas a ser adoptadas sobre las consecuencias de la discapacidad, por lo que si las causas que originan la discapacidad son sociales, entonces las respuestas no deben estar dirigidas a las personas afectadas sino a la sociedad, por lo tanto a su normalización y que este sea pensado y diseñado para enfrentar las necesidades de todas las personas.

Así pues se pueden identificar las siguientes características:

La vida de una persona con discapacidad posee el mismo sentido de aquellas que no tiene ninguna discapacidad. Así mismo ellas afirman que tienen mucho que aportar a la sociedad, para la cual deben ser aceptadas tal cual son, ya que su contribución se encuentra sujeta e interrelacionada con la inclusión y la aceptación de la diferencia. El objetivo de esta propuesta está en recuperar las capacidades en lugar de resaltar las discapacidades. Para comenzar, las niñas y niños con discapacidad habrían de tener las mismas oportunidades de desarrollo que las niñas y niños sin discapacidad, con una educación inclusiva, dejando la educación especial como última opción. En lo referente a los medios de subsistencia, plantea como métodos idóneos a la seguridad social y el trabajo ordinario, y excepcionalmente el trabajo protegido. El presente modelo cuestiona la visión del trabajo como medio exclusivo de integración social planeado por el modelo rehabilitador. En cuanto a las respuestas sociales se apuntalan en la búsqueda de la inclusión por medio de la igualdad de oportunidades.

### **3.2 Fundamentos y características.**

Es posible ubicar el punto de partida del modelo social – es decir sus inicios- hacia finales de los años setentas del siglo XX. La situación geográfica fue en los Estados Unidos e Inglaterra. Dentro de estas sociedades la discapacidad era considerada como un cuerpo o una mente defectuosa.

La diversidad funcional o anormalidad significaba dependencia de la familia y de los servicios de asistencia social, estos últimos debían brindarse en instituciones

especializadas. Esta condición implicaba una fatalidad para la persona y conflicto para el resto de la sociedad.

Sin embargo desde finales de los años setentas esta apreciación tradicional empezó hacer el blanco de campañas en los Estados Unidos y Europa, personas con discapacidad –particularmente aquellas que vivían en instituciones residenciales- impugnaron e impulsaron cambios políticos, organizados y unidos se pronunciaron en contra de su estatus “como ciudadanos de segunda clase”. Dirigiendo la atención hacia el impacto de las barreras ambientales y sociales, las actitudes y los estereotipos discriminatorios.

Siendo con la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones que se inició un frente en el terreno de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria surgiendo particularmente en los Estados Unidos, un floreciente “movimiento de derechos de las personas con discapacidad”. Retomando los elementos claves de la sociedad norteamericana “-capitalismo de mercado, independencia, libertad política y económica” fueron retomadas en este movimiento, y pusieron énfasis en cuestiones como los derechos civiles, el apoyo mutuo, la desmedicalización y la desinstitucionalización. Además este movimiento objeto el dominio profesional y la disposición burocrática de los servicios sociales.

Este modelo se encaminó sobre la base de sus propios objetivos, métodos de reparto, y la dirección propia de sus programas, determinando la dirección relativa a la orientación y el cuidado personal, en las propias personas con discapacidad en oposición con los métodos tradicionales dominantes.

Mientras que en el Reino Unido, la organización de personas con discapacidad impulsaron la opinión contra su categorización tradicional como un grupo desprotegido necesitado de amparo, exigiendo el derecho a definir sus propias necesidades, servicios prioritarios y se declararon contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios.

### **3.3 MODELO SOCIAL**

Uno de los aportes más significativos de este nuevo modelo, fue el cambio que represento en cuanto a la imagen acerca de las personas con discapacidad dentro

de los Estados Unidos, que a la par actuó como orientación para legislación en otros países. Particularmente en el Reino Unido, que desde la década de los setentas las organizaciones británicas estaban bajo la dirección de personas con discapacidad, sin embargo bajo políticas paternalistas, llevo a que algunos miembros viajaran a los Estados Unidos, en donde encontraron que algunos de los integrantes ya habían iniciado una vida independiente mientras estudiaban en la universidad. En cambio, el objetivo prioritario de los ingleses era buscar que las personas con discapacidad pudieran optar por salir de las instituciones, aun cuando sus familias no tuvieran recursos para ello o no contaran con otro apoyo económico privado. Cómo era de suponerse las condiciones en ambos países eran muy distintas, por lo que al regresar al Reino Unido hubo que hacer modificaciones al sistema de vida independiente para ajustarle al modelo de Estado de Bienestar vigente. Cabe mencionar que el movimiento de vida independiente no fue la única fuente para la formación del nuevo modelo, ya habían activistas –particularmente sociólogo y psicólogos- con discapacidad que venían postulando nuevas ideas desde el año 1976, la Unión de Personas con discapacidad Física contra la Segregación –UPIAS por sus siglas en inglés plantearon un conjunto de ideas a las que nombro “Principios Fundamentales de la Discapacidad”.

Posteriormente el activista y académico Mike Oliver introdujo estas ideas como el Modelo Social de la Discapacidad. El análisis planteado por la UPIAS se cimento en la claro contraste entre deficiencia y discapacidad. Además de establecer que el fenómeno de la discapacidad requiere ser abordado holísticamente, y que lo referente a los bajos ingresos que logran percibir en algunos casos no es el centro a cuestionar, tampoco el desempleo al que se ven orillados, sino que todos los aspectos de exclusión deben ser considerados como un todo. Los “Principios Fundamentales” subrayan la significación de que las personas con discapacidad tomen el control respecto a sus vidas. El alcance de documento reprueba la segregación e institucionalización que considera son violaciones directas a los derechos humanos de las personas con discapacidad e insta a los gobiernos elaboren leyes que protejan los derechos humanos.

Collins Barnes (2000) (en Palacios, 2008) enfatiza que este modelo no consiste más que en un énfasis en las barreras económicas, medioambientales y culturales que encuentran las personas a las que otros consideran con algún tipo de diversidad funcional. Estas barreras incluyen inaccesibilidad en la educación, a los sistemas de educación e información, a los entornos de trabajo, y al sistema de beneficencia inadecuados para las personas, servicios de apoyo social y sanitarios discriminatorios, transporte, viviendas y edificios públicos y de entretenimiento inaccesibles, y la devaluación de las personas etiquetadas como discapacitadas por la imagen y su representación negativa en los medios de comunicación –películas, televisión y periódicos-.

Este modelo podría ser caracterizado por medio de los siguientes rasgos: El fundamento de la persona con discapacidad bajo este modelo es más amplio que solo la diversidad funcional, es decir toma en cuenta las limitaciones de la sociedad. Por lo que realiza una distinción entre lo que se denomina “deficiencia” y lo que se concibe cómo discapacidad. Con base en el modelo social apoyado en la filosofía de vida independiente reforzada con los Principios Fundamentales que exponen la discapacidad como una forma determinada de opresión social.

Es decir, la deficiencia —o diversidad funcional— sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Esta distinción permitió la construcción de un modelo que fue denominado «social» o «de barreras sociales» de discapacidad. De este modo, si en el modelo rehabilitador la discapacidad es atribuida a una patología individual, en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible. (Palacios, 2008, p.123)

Esta especificación resulta relevante porque esclarece a los factores sociales que forman parte del fenómeno de la discapacidad, teniendo muy claro que las posibles

soluciones no pueden partir de lo individual, sino que se dirigen hacia la sociedad o tomando en cuenta el contexto social en cual la persona desarrolla su vida.

A partir de estas premisas, el modelo social delimita la rehabilitación o normalización estableciendo que estas deben tener como premisa el cambio de la sociedad y no de las personas.

### **3.4 Respuesta social.**

El presente modelo plantea que las respuestas sociales sean abordadas desde el respeto a la igual dignidad de todas las personas y fundadas en base a los derechos humanos. Haciendo énfasis en la inclusión de la diferencia que implica la diversidad funcional como una parte más de la realidad humana, desde esta propuesta se reconoce la importancia de incidir a través de ciertas herramientas, como; la accesibilidad universal, el diseño para todos y todas, la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, y el desarrollo de la autonomía, entre otras. Ahora bien la convención ha abordado cada una de estas medidas dentro de su articulado, sin embargo se hace necesario acotar en la revisión de este modelo dos de sus puntos medulares como son la igualdad y la autonomía moral. Asimismo se hace referencia a la temática de la capacidad jurídica para los efectos del goce y ejercicio de todos los derechos, en igualdad de oportunidades.

Esta temática ha sido la cuestión más polémica dentro de las negociaciones que se han llevado al cabo en las distintas sesiones que se han tenido en las convenciones, y como resultado de las aportaciones de las diversas Delegaciones que participaron.

Estableciendo una clara diferencia con el modelo rehabilitador en donde el trato es paternalista, orientado hacia la recuperación o por lo menos un mayor disimulo.

Así pues, este modelo parte de tres supuestos básicos:

En primer lugar, la vida humana independientemente de la naturaleza o complejidad de la diversidad funcional que le aqueje, disfruta de igual valor en dignidad. En segundo término, debe tener oportunidad en la toma de decisiones concernientes a su desarrollo como sujeto moral, por lo tanto debe permitírseles tomar tales decisiones, enfatizando que desde este modelo se plantean ciertas herramientas

enfocadas al desarrollo de la autonomía –aclarando que esta medida se tomará en la medida de lo posible.

Es conveniente subrayar que todas las personas somos interdependientes y requerimos apoyo en el desarrollo de nuestra autonomía. Recalcando que ninguno es completamente independiente, vivimos en una condición de interdependencia mutua. Por lo que la dependencia de las personas con discapacidad no es una condición que los distinga del resto de la población, en realidad es una cuestión de grado. Por lo que se abre una problemática cuando el significado de dependencia establecido por los profesionales y el estipulado por las propias personas con discapacidad es diferente. Los primeros tienden a detallar la independencia en términos de autocuidado, por ejemplo; bañarse, cocinar y comer sin asistencia.

Mientras que las personas con discapacidad especifican la independencia de forma distinta, es decir cómo; la capacidad de autocontrol y de tomar decisiones de su propia vida, más que al realizar actividades sin ayuda.

Barnes citado por Palacios (2008) propone que la noción de independencia debería ampliarse, desde la consideración de logros o realizaciones físicas hacia la valoración de decisiones sociopsicológicas. Según este autor la vida independiente no solo debe incluir la calidad de las tareas físicas que las personas con discapacidad pueden realizar, sino más bien la calidad de vida que pueden llevar.

También destaca que hay muchas formas en que la dependencia es creada, tales como las actitudes sociales condescendientes, lo inaccesible del entorno, dando como resultado la constante búsqueda de ayudas.

Por último tenemos que las personas catalogadas con discapacidad tienen el derecho a participar de manera plena en todas las actividades; económicas, políticas, sociales y culturales – es decir tal como los demás miembros de la comunidad- de la misma forma que las personas sin discapacidad, sin embargo esta demanda de igualdad no esta propuesta según el modelo rehabilitador, en donde se espera que la persona deba disimular sus diferencias y participar en ciertos espacios igual que los demás. Justamente desde un enfoque opuesto, se demanda una igualdad inclusiva de la diferencia.

Esta postura se desprende del prejuicio y la discriminación indirecta que en la sociedad se encuentra vinculado con la identificación de la diferencia, siendo una parte sustancial el concepto de la normalidad.

Y las ideas que de este criterio se desprenden acerca de lo que es apropiado, lo que es deseable, y la significación de la pertenencia. Ya que lo normal se refiere a aquello que es promedio contenido en la estructura social. Por lo tanto colocándoles como los otros, dado que sus características físicas, psíquicas, mentales o intelectuales, se les considera incorrectas y que no pertenecen al ámbito de lo normal.

Morris (1991) enfatiza, adjudicar un significado negativo a la anormalidad supone que el mundo de las personas sin discapacidad ellas desean ser normales, o cuando menos ser tratadas como si lo fueran. Como resultado de lo anterior se juzga que es positivo ignorar las diferencias, dado que estas tienen un sentido negativo, mientras que Barnes y Mercer (1996) citados las personas sin discapacidad por Palacios (2008, p. 145), agregan “el modelo social no busca demostrar que cada disfunción de nuestro cuerpo puede ser compensada por un artilugio, o por un buen diseño, y que entonces todos podrían trabajar ocho horas al día y jugar bádminton en las tardes. Y será precisamente a partir del respeto de las premisas mencionadas que las personas con discapacidad se encontrarán en condiciones de aportar a la comunidad en igual medida que el resto aunque dicho aporte en ciertas ocasiones provenga desde diferentes maneras de comunicarse, de realizar ciertas actividades, de comprender el significado de las cosas. (Palacios, 2008, p. 145)

Se aspira a normalizar el entorno de esas personas, lo que conlleva la adaptación de los medios y las condiciones de vida acordes con sus necesidades. Es decir, que no es la persona —como se pretendía desde el modelo rehabilitador— quien debe normalizarse hasta llegar a parecerse al individuo estándar, sino al contrario, es la sociedad, el ambiente el que debe ser normalizado y adaptado a las necesidades de todos, incluyendo las de las personas con discapacidad. (Palacios, 2008, p.147)

Un soporte necesario dentro del modelo social, esencial para garantizar una vida autónoma y en sociedad a las personas con discapacidad es el servicio de asistencia personal, lo que es una gran herramienta para afrontar las actividades de

la vida diaria, sin la participación habitual de familiares, de un amigo, o un voluntario. De esta forma se favorece practicar el poder decisión sobre una gran cantidad de situaciones que le afectan, de tal forma, que si así lo desea se involucre de forma más activa en la comunidad. Con ello se subraya que el objetivo de alcanzar una vida independiente es un objetivo para toda la población –con o sin discapacidad- y que la mayor parte de las personas con discapacidad pueden llevarlo a cabo con la formación y el acompañamiento adecuado.

### **3.5 Medios de subsistencia.**

Desde este modelo se aborda la reivindicación acerca de la exigencia para establecer cambios estructurales, dirigidos a eliminar la discriminación a la cual, las personas con discapacidad son sometidas mayormente. Rechazando las posturas delimitadas en la solución exclusiva del trabajo protegido, reclamando entornos laborales accesibles, que posibiliten la inserción de las personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Señalando la necesidad de la implementación de políticas antidiscriminatorias abarcando desde la obligación del cumplimiento de requisito de accesibilidad, así como de los ajustes razonables, y las medidas de acción positiva.

Además que desde este modelo social se objeta la consideración del empleo como único medio de integración en la sociedad, sin que ello pretenda negar su vital importancia, si no reconsiderar que hay otros ámbitos de la vida a partir de los cuales se puede vivir una vida en sociedad, esto es; el ocio, la cultura, el deporte, el sistema educativo, entre otros. Y que el enfoque por el que se aborde asuma al momento de diseñar, planificar e implementar políticas dirigidas a garantizar que las personas con discapacidad puedan tener un adecuado nivel de vida y una adecuada seguridad social. Así dentro del artículo 22. Derecho al trabajo:

“Los Estados Partes reconocen el derecho al trabajo de las personas con discapacidad, incluida la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo que elijan y acepten libremente, con miras a fomentar la igualdad de oportunidades y de esas personas y protegerlas de la pobreza. (Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e

integral e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad Grupo de Trabajo, Nueva York, 5 al 16 de enero de 2004. Informe del Grupo de Trabajo al Comité Especial).”

En tanto la fórmula adoptada a través del artículo 28 se establece:

“1. Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación. (Palacios, 2008, p.413)

Ahora bien, es importante señalar que la modalidad de empleo protegido no es enumerada expresamente en la Convención, dada la oposición de muchas organizaciones no gubernamentales, que desde una posición sustentada a partir del modelo social defienden la eliminación de su mención de manera explícita. Sin embargo por otro lado el artículo incluye la obligación de los Estados de velar por la realización de ajustes razonables, dando un peso extra a dicha herramienta antidiscriminatoria. (Artículo 2, parr 4 y 5 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad, cit.) (Palacios, 2008, p.415)

### **3.6 Respuestas sociales.**

Desde el modelo social de discapacidad se pretende que las respuestas sociales frente al fenómeno mismo de la discapacidad sean abordadas desde el respeto a la igual dignidad de las personas y fundadas en base a los derechos humanos. Los defensores de este modelo abogan por la inclusión de la diferencia que implica la diversidad funcional, como una parte más de la realidad humana (Palacios, 2008, p.418).

Desde esta perspectiva, las respuestas frente al fenómeno de la discapacidad se agrupan en ciertas herramientas, destacando la accesibilidad universal, el diseño para todos y todas, la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad y el desarrollo de la autonomía, entre otras.

### **3.7 Modelo de asistencia en la toma de decisiones.**

Este punto en particular ha sido discutido en diferentes foros no solo con la participación de las distintas delegaciones, sino con las múltiples organizaciones no gubernamentales, para analizar entre otros temas la tutela jurídica y social, sobre todo de las personas con discapacidad psicosocial que son vulnerables ante la explotación, abuso y abandono. Ya que esta tutela había resultado en la negación de la personalidad jurídica y social de las personas con discapacidad y que la ausencia de un sistema de toma de decisiones había dado como consecuencia la falta de procedimientos a recursos médicos sobre la base de la inexistencia de un sistema de toma de decisiones, la falta de protección frente a intervenciones terapéuticas innecesarias, etc. Durante el análisis de este modelo se establecieron dos puntos fundamentales; la capacidad jurídica (modelo de sustitución o modelo de asistencia) y con un contenido más instrumental, el significado del término de capacidad jurídica. El texto definitivo fue resultado de las aportaciones en las diferentes convenciones, así como de las muy complejas negociaciones en donde al final se incorporó:

“El modelo de asistencia de toma de decisiones, que junto con los principios de autonomía, dignidad e igualdad y el artículo que recepta el derecho a vivir de forma independiente, plasma el modelo social de discapacidad en un aspecto muy importante de la vida de las personas: como es la de ser partes, al igual que el resto de la humanidad, de las decisiones acerca de sus propias vidas. De este modo, se plasma asimismo otro principio importante que es la base del modelo social, resumido en el lema *nada sobre nosotros sin nosotros*. (Palacios, 2008, p.463).”

Artículo 12 de la Convención:

“1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tiene derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad el apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos, por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.” (Palacios, 2008, p 463-465)

## 4 MÉTODO

### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grandes desafíos en el área de la Salud Mental es la atención al sector de la población con diversidad funcional. Cabe señalar que a través del tiempo se han modificado conceptos y definiciones, logrando establecer una etiología determinada, sin embargo dentro de la práctica cotidiana existe una utilización indiscriminada y hasta ambigua de los siguientes términos: discapacidad mental, discapacidad intelectual, trastorno mental, enfermedad mental, esto sucede también con frecuencia en la literatura especializada, lo que podría dar a lugar ha intervenciones con ciertos déficits como resultado de los sesgos a partir de marcos teóricos poco precisos, además de fomentar el estigma en relación a la diversidad funcional.

Por otra parte, aun cuando se tienen los nuevos lineamientos del Modelo de Atención Miguel Hidalgo, se hace necesario reconocer que la formación profesional del personal en salud mental no siempre recibe la adecuada actualización y capacitación para su implementación, por lo que el nuevo bagaje podría quedar solo en la parte teórica o en el discurso. Además que como todo proyecto nuevo debe ser susceptible de replantear sus fundamentos, lo que permite reconocer no sólo los sesgos, sino hasta las posibles contradicciones que presenta en su diseño, es decir se sigue trabajando en función de la rehabilitación. Asimismo los servicios que se prestan bajo este modelo de atención, pueden no recibir todo el apoyo necesario para un mejor desempeño, un ejemplo sería en una Casa de Medio Camino, la cual tendría la misión de trabajar bajo los nuevos ejes sin que a su alrededor se presenten cambios sustanciales en los distintos ámbitos, para terminar nuevamente en el modelo tradicional de atención.

En lo referente al Modelo de Discapacidad Social enfrenta distintas problemáticas, desde su incorporación en los planes de estudios de las universidades, asimismo la capacitación y actualización del personal del sector salud, el diseño de políticas públicas desde la perspectiva de este modelo, entendiendo que lo anterior será un proceso gradual.

## 4.2 JUSTIFICACIÓN

Ante la importancia de reflexionar acerca de los paradigmas sobre los cuales se trazan los modelos de atención en salud mental, se hace necesario cuestionarnos acerca de temas fundamentales como: los derechos humanos, el papel de la sociedad ante el fenómeno de la discapacidad psíquica, la inclusión, las políticas públicas, los principios del modelo económico. Así como la necesidad de identificar claramente los presupuestos, principios y fundamentos de los distintos Modelos Teóricos de Atención en Salud Mental, enfatizando el enfoque del Modelo Social de Discapacidad.

Con esto se busca beneficiar, en primer lugar a la población que requiere este tipo de atención, ya que el conocimiento profundo sobre este tema nos permitirá eliminar concepciones equivocadas acerca de los modelos de atención, asimismo disminuir el estigma por parte de los prestadores de servicios de salud mental, y nos permitirá dotarnos de argumentos sólidos que nos conduzcan al diseño de intervenciones mejor definidas, con una visión más amplia, replanteándonos el papel de todos los actores involucrados, así como considerar la apertura en el desarrollo de nuevas propuestas de atención, generando debates dirigidos a enriquecer el conocimiento acerca del fenómeno.

Motivo por el cual en la presente investigación nos hemos preguntado:

*¿Cuáles son los aportes de la resignificación de la experiencia de intervención dentro de una Casa de Medio Camino?*

*¿Cuál sería el propósito de abrir el debate entre los Modelo de Rehabilitación, Modelo Miguel Hidalgo y el Modelo de Discapacidad Social?*

## 4.3 OBJETIVO

Resignificar la experiencia de intervención dentro de una Casa de Medio Camino con el propósito de abrir el debate entre el Modelo de Rehabilitación y el Modelo de Discapacidad Social.

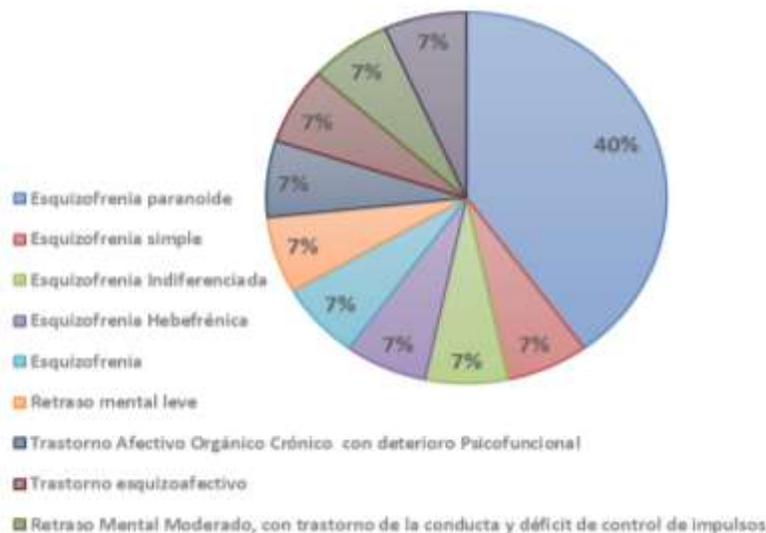
#### 4.4 Objetivos específicos:

1. Describir el marco conceptual de los distintos Modelos y Submodelos Teóricos de Atención en Salud Mental.
2. Identificar los fundamentos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, así como el Servicio de una Casa de Medio Camino.
3. Precisar los principios y fundamentos del Modelo Social de Discapacidad.
4. Debatir el Modelo de Rehabilitación y el Modelo Discapacidad Social a partir de la experiencia dentro de una Casa de Medio Camino.

#### 4.5 USUARIOS

El presente estudio fue realizado del 22 de febrero del 2016 al 24 de agosto del mismo año, con usuarios de una Casa de Medio Camino en la Ciudad México de entre 22 años de edad a 69 años, 8 hombres y 7 mujeres. Con los diagnósticos dados según la CIE-10 que se presentan a continuación en la Gráfica 1:

**Gráfica 1: Descripción de la población por Diagnóstico y CIE10.**



Fuente: CIE 10

## 4.6 DISEÑO

El presente trabajo se valió del método cualitativo fenomenológico para resignificar la experiencia dentro de una Casa de Medio Camino a partir de un análisis reflexivo de las vivencias e interpretaciones que los usuarios hacen respecto a su cotidianidad.

Hussler (1992) plantea “toda vivencia que logre una mirada reflexiva, tiene una esencia propia, aprehensible, un contenido susceptible de ser contemplado en su peculiaridad” es decir en su esencia. Estas esencias son dadas a partir de múltiples miradas o puntos de vista, de modo que en la experiencia de la Casa de Medio Camino tenemos por una parte la mirada de los usuarios, que muestra esa esencia a partir de su realidad, en la cual refieren sus experiencias, emociones, situaciones y significados, y en donde se refleja su mundo interior, que da cuenta de cómo es percibida dicha experiencia, es decir desde la perspectiva del que la vive. En segundo lugar, está la mirada del investigador el cual intenta explorar los significados que los usuarios le confieren a su experiencia, lo que da pie a la reflexión de su propio quehacer profesional, y cuyo fin deja de ser exclusivamente la búsqueda de respuestas, sino el enriquecimiento que aporta el proceso de la experiencia. Dado que el modelo fenomenológico considera que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido al mundo a través de sus ojos.

En tercer lugar, esta mirada reflexiva a partir de la experiencia en la Casa de Medio Camino permitió visibilizar los significados emergentes desde las etiquetas que se dan en Salud Mental y que tienen como resultado el uso indiscriminado de la categorización así mismo la estigmatización y exclusión de los usuarios en las diferentes esferas a las que pertenece una persona.

## **4.7 PROCEDIMIENTO**

Por su parte Martínez (2001) se centra en el estudio de las realidades vivenciales, que son poco comunicables pero determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona, dichas realidades de los usuarios emergieron como resultado de las actividades que fueron programadas en los talleres a los que asistían y recuperadas mediante productos que ellos mismos realizaron, en los cuales se manifestaron aspectos claves que establece Álvarez (2006): la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido), la relacionalidad o comunalidad (la relación humana vivida) los cuales, a partir de la memoria, la imagen y el significado, contienen las experiencias internas y externas de los usuarios (Cresswell, 1998 en Álvarez, 2006).

La resignificación de la experiencia se dividió en tres ejes:

### **4.8 EJE 1. Descripción del contexto de intervención**

Con la finalidad de comprender el contexto donde se desarrolla la vida cotidiana de los usuarios, se describieron las condiciones de infraestructura en la Casa de Medio Camino, referidas tanto al espacio físico como al personal que colabora en ella.

### **4.9 EJE 2. Descripción de las actividades generadoras de experiencia**

Los talleres impartidos representaron el espacio desde el cual los participantes expresaron sus vivencias, significados e interpretaciones de su cotidianidad a través de productos. El diseño de las actividades de cada taller se propuso desde el campo de la promoción de la salud con el objetivo de favorecer la búsqueda del fortalecimiento de habilidades y capacidades, así como la motivación, la autoestima y la educación para la salud. Se incluyeron las habilidades para la vida sociales, cognitivas y de manejo emocional, buscando de manera específica incentivar a la toma de decisiones, el pensamiento creativo, el conocimiento de sí mismo, la empatía y las habilidades de comunicación.

Dichos talleres eran semanales, tenían una duración de una hora por sesión y se impartían en los siguientes días:

- Lunes: Taller de juegos
- Miércoles: Taller de introducción a las artes plásticas
- Viernes: Taller de lectura

A continuación, se presenta una breve introducción de las características generales de cada taller (para conocer las cartas descriptivas ver Anexos):

### ***Taller de juegos***

El propósito de este taller fue abrir un espacio para la recreación posibilitando las oportunidades para compartir, motivando la participación e intercambio de ideas. Para las actividades ver Tabla 1.

**Tabla 1. Taller de juegos**

<b>SESIÓN</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>OBJETIVO</b>
1°	Baraja americana	Fortalecer sus habilidades interpersonales, así como abrir un espacio para la recreación.
2°-3°	Domino y damas chinas	Fortalecer sus habilidades interpersonales, así como abrir un espacio para la recreación.
4°	Juego de adivinanza: personaje histórico	Estimular las funciones cognitivas (atención, organización, memoria)
5°-6°	Juego de adivinanza: personaje fantástico	Estimular las funciones cognitivas (atención, organización, memoria)
7°	Juego de cartas: vamos de pesca.	Fortalecer sus habilidades interpersonales, así como abrir un espacio para la recreación.
8°-9°	Juego de basta por categorías.	Estimular sus habilidades interpersonales, así como abrir un espacio para la recreación.
10°	Crucigrama	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales
11°	Resolver anagrama	Desarrollar de vocabulario, contribuir al aumento de los significados, trabajo cooperativos, participación activa
12°	Juego del mundo y acertijos	Mejorar sus capacidades de comprensión y discriminación.
13°	Juego del nasa.	Fomentar la toma de decisiones, fortalecer habilidades intrapersonales e interpersonales
14°	Juego el correo y el ahorcado	Seguir reglas, reforzar la socialización y recreación.
15°	Lotería	Mejorar sus capacidades de discriminación y comprensión.
16°	Laberinto	Incentivar la tenacidad, así como abrir un espacio para la recreación.
17°	Sopa de letras	Discriminar, organizar, estimular sus habilidades de forma escrita, analizar instrucciones, mejorar su capacidad de comprensión
18°	Juegos de mesa: scrabble, domino, damas chinas, rompecabezas.	Fortalecer sus habilidades interpersonales e intrapersonales, seguir reglas.

19°	Juegos de mesa; rummy, cartas, damas chinas.	Seguir reglas, reforzar la socialización y recreación.
20°	Pictograma	Discriminar, organizar, estimular sus habilidades de forma escrita, analizar instrucciones, mejorar su capacidad de comprensión.
21°	Álbum de la infancia	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales, así como estimular las habilidades interpersonales.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

### **Taller de lectura**

Se trabajó con actividades dirigidas para mejorar el funcionamiento cognitivo de los procesos: memoria, lenguaje, atención, concentración, percepción y abstracción (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Taller de lectura**

SESIÓN	NOMBRE	OBJETIVO
1°	Juego de mesa del abecedario	Estimular las capacidades cognitivas.
2°	Promoción a la lectura; la respuesta está en los libros	Incentivar la participación, estimular las relaciones interpersonales con sus compañeros.
3°	Crucigrama	Apojar al mantenimiento de las capacidades cognitivas.
4°	Écfrasis	Estimular la autoexpresión.
5°	Paisaje interior	Estimular la autoexpresión y creatividad.
6°-7°	Lectura de un artículo del periódico	Estimular las capacidades cognitivas.
8°	Tu propio cuento	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales.
9°-10°11°12°13°	Lectura de la Gaceta de la UNAM	Estimular la atención, el análisis, la abstracción.
14° 15°	Lectura revista National Geographic	Comunicar conocimientos, inquietudes, deseos, afectos.
16°17°18°	Lectura revista muy interesante	Promover la mejora de sus habilidades cognitivas.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

### **Taller de introducción a las artes plásticas.**

Utilizando la expresión artística como un vehículo para canalizar y dar forma a emociones y sentimientos, la finalidad de este taller era que los usuarios se expresaran a través de otros canales distintos a la comunicación verbal ampliando su repertorio y dando salidas a ideas y pensamientos. Experimentando y resolviendo

situaciones en búsqueda de respuestas creativas a sus propias necesidades (Ver tabla 3)

**Tabla 3. Taller de introducción a las artes plásticas.**

<b>SESIÓN</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>OBJETIVO</b>
1°-6°	Elaboración de una mándala	Fomentar la creatividad, así como reconocer la diversidad en la expresión artística como un medio enriquecedor.
7°	Representación gráfica de un sentimiento	Expresar sentimiento por medio una imagen.
8°	Dibujando a oscuras	Reflexionar sobre los paradigmas, ir más allá de lo establecido.
9°	Experimentando con el color	Resolver situaciones involucrando a la imaginación.
10°	Imagina y pinta un mundo futuro	Plasmar experiencias y preocupaciones
11°	Realizar una historieta a partir de sus vacaciones.	Posibilitar la expresión emocional y del mundo interno.
12°	Representar un sentimiento a través del color	Comunicar ideas y sentimientos.
13°	Mosaico de papel de china	Estimular la creatividad, organizar ideas.
14°	Conociendo a Gaudi	Apoyar al mantenimiento de las capacidades.
15°	Técnica libre dibujo de algún evento significativo de la niñez	Estimular la expresión emocional y del mundo interno
16°	Recreando a través de Frida Khalo	Ampliar repertorio de expresiones.
17°	Dibujo libre	Estimular la creatividad y tener un espacio para recreación
18°-19°	Acercamiento al arte conceptual	Mantener capacidades, como un medio de autoexpresión
20°	Técnica de collage	Estimular la creatividad y tener un espacio para la recreación.
21°	Técnica libre elige que tema te gusto más del taller.	Plasmar experiencias a través del dibujo comunicativo.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

#### **4.10 FASE 3. Descripción de cada caso.**

Se describirá el caso introduciendo algunas características particulares de cada usuario, posteriormente se procederá al análisis del producto seleccionado según aspectos claves que Álvarez (2006) propone y se describirán en el plan de análisis de las experiencias.

Como se mencionó con anterioridad fueron 15 usuarios con las siguientes características:

- Caso 1: usuario residente, de 40 años, seudónimo F, con diagnóstico esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado, dibujo, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 2: usuaria residente, de 34 años, seudónimo L, retraso mental moderado con trastorno de la conducta y déficit de control de impulsos. Producto seleccionado, dibujo técnica libre, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 3: usuario residente, de 61 años, seudónimo I, con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. Producto seleccionado, dibujo de la niñez, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 4: usuario residente, de 56 años, seudónimo P. con diagnóstico trastorno mental orgánico o sintomático, retraso mental leve. Producto seleccionado paisaje interno, taller de lectura.
- Caso 5: usuaria residente, de 55 años, seudónimo A. con diagnóstico esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado, dibujo técnica libre, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 6: usuario residente de 49 años, seudónimo M, con diagnóstico esquizofrenia hebefrénica. Producto seleccionado, dibujo técnica libre, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 7: usuario semiresidente 48 años, seudónimo V. con diagnóstico esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado, taller lectura.

- Caso 8: usuaria residente de 58 años, seudónimo L, con diagnóstico de esquizofrenia simple. Producto seleccionado, dibujo de la niñez, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 9: usuario residente, de 58 años, seudónimo C. con diagnóstico esquizofrenia. Producto seleccionado, mandala, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 10: Usuaría residente de 69 años, seudónimo A.S. con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado: dibujo Frida Kalho, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 11: usuaria residente, de 33 años, seudónimo L, con diagnóstico esquizoafectivo. Producto seleccionado, escribe un cuento, taller de lectura.
- Caso 12: usuaria residente de 59 años, seudónimo B, con diagnóstico trastorno afectivo orgánico crónico con deterioro psicofuncional. Producto seleccionado, dibujo técnica libre, taller introducción a las artes plásticas.
- Caso 13: usuario residente de 60 años, seudónimo P, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado dibujo técnica libre.
- Caso 14: usuario semiresidente 22 años, seudónimo J. con diagnóstico Distimia, episodio depresivo moderado acentuación de rasgos de personalidad claustrofóbicos tipo límite.
- Caso 15: Usuaría residente de 45 años, seudónimo B.A. con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Producto seleccionado: técnica libre, dibujo comunicativo, taller introducción a las artes plásticas. Producto seleccionado: dibujo libre, taller introducción a las artes plásticas.

#### 4.11 PLAN DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS

La resignificación de las experiencias recuperadas mediante productos se realizó a partir de dos de las fases que Apps (1991) propone del método fenomenológico y que fueron de interés para el presente trabajo, las cuales son:

- 1) Búsqueda de múltiples perspectivas. Se buscó obtener distintas visiones: la del investigador y la de los usuarios.
- 2) Interpretación del fenómeno. A partir de identificar significados y categorías emergentes de los productos obtenidos.

La selección de los productos a partir de los que se recuperaron las realidades vivencias poco comunicables de los usuarios se realizó tomando como referencia los aspectos claves que Álvarez (2006) propone:

- Temporalidad (el tiempo vivido),
- Espacialidad (el espacio vivido),
- Corporalidad (el cuerpo vivido),
- Relacionalidad o comunalidad (la relación humana vivida)

Para el análisis se seleccionó un producto por usuario que cumpliera alguno de los aspectos claves.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 EJE 1. Descripción del contexto de intervención

La Casa de Medio Camino es un espacio que nace desde 1984. Si bien en esa época su razón social era otra, siempre se ha conducido el trabajo de ésta en favor de la población con discapacidad psíquica y buscando ampliar las opciones de servicio, además ha obtenido convenios gubernamentales, institucionales y universitarios, se han realizado presentaciones de trabajo en Rehabilitación Psicosocial, en diferentes conferencias, simposios y congresos.

Asimismo, ha permitido mantener la participación continua de estudiantes universitarios que realizan prácticas profesionales, voluntariados, o servicio social. El ingreso a esta comunidad terapéutica consta de dos opciones: residencia permanente, en donde permanecen todos los días, y hospital de día, el cual incluye al usuario solo en las actividades que se imparten en sus horarios de asistencia a la comunidad.

Es una casa tipo habitación dentro de la zona urbana, cuenta con los servicios básicos (agua, electricidad, gas, tv por cable, teléfono) tiene 4 baños, 6 habitaciones compartidas, 1 habitación que por sus dimensiones es individual, comedor, estancia, cocina, patio frontal y 1 oficina.

Son 8 personas las que ahí trabajan y se divide de la siguiente forma: intendencia (2), cocinera (1), coordinadores (3 turnos al día), dirección general (1).

Algunos de los usuarios podían salir sin ninguna compañía a realizar distintas actividades como, ir a recoger medicamentos, llevar su ropa a la lavandería, asistir a alguna clase, una cita con el dentista, una visita al salón de belleza. Algunos de ellos también se iban de visita a su casa, ya fuera por el fin de semana o por varios días, esto dependía de cada familia. Otros salían únicamente a comer con ellos y solo tardaban un par de horas.

Es un espacio abierto a las nuevas propuestas de atención buscando ofrecer el mejor servicio posible, como parte de la dinámica tiene un rol de actividades, que les permite dar estructura a sus habitantes.

Estas son algunas de las actividades que se llevan a cabo en la Casa de Medio Camino, y que están contenidas en los Servicios Establecidos del Modelo de Atención Miguel Hidalgo:

- Actividades cotidianas de autocuidado: Son tareas relativas a los hábitos de higiene, aliño personal, y de alimentación. También se incluyen aquellas que son de cooperación para su comunidad a través de pequeñas labores de limpieza y organización de las áreas individuales y/o comunes, como por ejemplo: arreglo de la mesa antes y después de cada comida, barrido del comedor, arreglo de su habitación, así como la administración del tiempo libre.
- Salidas terapéuticas (caminatas y tienda): Ambas actividades están dirigidas a la reinserción social por medio de actividades que cualquier persona realiza en lo cotidiano. En cuanto a la visita a la tienda, busca ser un reforzador positivo como resultado de su participación en los talleres programados.
- Acompañamiento en actividades externas: Se refiere a alguna actividad fuera de la comunidad por parte de los huéspedes, por ejemplo, una cita con el dentista, al médico, etc.
- Taller programado: Como parte de los servicios que se ofrecen, tenemos los talleres programados los cuales tienen varias funciones; motivar a los huéspedes a la participación, ayudar a reducir tensiones, promover la socialización, estimular procesos cognitivos.
- Supervisión de tratamientos. Seguimiento de asistencia a las consultas con los diferentes especialistas, administración y toma de tratamientos farmacológicos.

## **5.2 EJE 2. Descripción de las actividades generadoras de experiencia**

En esta fase se describirán los talleres programados, los cuales forman parte de las actividades que tienen los usuarios de la Casa de Medio Camino, impartándose de la siguiente forma; lunes taller de juegos, miércoles taller de iniciación a las artes plásticas y viernes taller de lectura, con una duración de una hora. La elección de las

actividades requirió de investigación y adaptación, cuidando que la selección de las mismas resultara significativa, amena, atractiva, buscando motivarlos a retos para su realización, asimismo que incentivara la participación tanto individual, como en equipo. Dada la heterogeneidad del grupo había algunos casos específicos que no pudieron participar activamente a la par de sus compañeros, por lo que en el caso de seis de los usuarios su participación era mínima, y en ocasiones nula, ya que no había una comprensión de las reglas de la dinámica de la actividad, en dos de ellos la lecto-escritura no estaba presente. Una segunda consideración era la falta de tiempo para trabajar de forma individual con ellos debido a que se tenían otras tareas que debían cumplirse.

### **5.3 Taller de juegos**

El objetivo general de este taller fue crear un espacio para incentivar la interacción social, en el cual los usuarios realizaran actividades lúdicas y de esparcimiento. En donde se posibilitaron oportunidades para compartir y comunicar diversos temas, participando abiertamente e intercambien ideas, utilizando sus habilidades emocionales e interpersonales de comunicación y generando un espacio de convivencia en el que “jugar con los demás es más importante que el jugar contra los demás”(Rodríguez y Ketchum 1992). Buscando estimular la elección de opciones realistas y adecuadas, aquellas que podrían favorecer su crecimiento personal. Las actividades recreativas, o intervención deben ayudar a mantener o mejorar el estado de salud, así como las capacidades funcionales y finalmente la calidad de vida.

Posibilitando la liberación de tensiones propias de cada usuario, ayudándoles a concentrarse, recordar, organizar y prestar atención, utilizando el juego como un regulador afectivo, estimulando la cooperación, el sentido de solidaridad, dando oportunidad para la iniciativa, redescubrir intereses y sus potencialidades, la motivación a través del reconocimiento de habilidades presentes, fomentando hábitos adecuados como; puntualidad, cuidado y recogida de material, y cumplimiento de normas. La descripción de las actividades del taller de juegos está contenida en la tabla 4.

**Tabla 4. Taller de juegos**

<b>Actividad</b>	<b>Propósito</b>	<b>Descripción de la actividad</b>
<b>Baraja americana</b>	Abrir un espacio para la recreación	Se contó con 3 paquetes de cartas y se invitó a los usuarios a formar pequeños grupos para poder jugar. Se formaron pequeños grupos en los cuales no se incluyeron a todos los usuarios, por lo que se les pidió que nadie se quedara sin grupo.
<b>Adivina al personaje histórico</b>	Estimular la atención, participación y cooperación entre los usuarios.	Al azar uno de los usuario elegía un personaje histórico, el cual el resto del grupo debía adivinar realizando únicamente preguntas que se podían contestar; si o no, además contaban con 8 preguntas nada más.
<b>Adivina al personaje fantástico</b>	Estimular la atención, participación, y cooperación entre los usuarios.	Previamente se realizó una lista con 20 personajes fantásticos, de forma tal que el usuario elegía primero un número y ese sería el personaje a descubrir.
<b>Juego de cartas; vamos de pesca</b>	Abrir un espacio para la recreación	Previamente se les explico las instrucciones del juego y eligieron a su compañero. Usualmente se formaban los mismos grupos, dando poca oportunidad a la inclusión.
<b>Juego de basta por categorías</b>	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales, así como la cooperación entre los usuarios	Se utilizó la misma dinámica que el juego tradicional únicamente se agregaron nuevas categorías.
<b>Crucigrama</b>	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales.	Se eligieron distintos crucigramas de acuerdo a las habilidades de los usuarios.
<b>Resolver un anagrama</b>	Estimular las funciones cognitivas	Se tomó en cuenta las habilidades individuales para esta actividad y se les dio la opción que se consideraba la mejor.
<b>Juego del mundo, y acertijos.</b>	Abrir un espacio para la recreación, estimular sus habilidades interpersonales. Estimular las funciones cognitivas	Juego del mundo: los participantes se encontraban sentados en su lugar, al lanzar una pelota de papel el jugador de la izquierda elegía entre; el cielo, mar o tierra. El jugador que recibía la pelota debía decir en un máximo de 10s un animal perteneciente a alguna de las esferas mencionadas. Al escuchar la palabra: mundo, todos debían cambiarse de lugar.
<b>Juego de la nasa</b>	Estimular la atención, participación y cooperación entre los usuarios	Es un supuesto ejercicio de la NASA, el cual consiste en elegir las mejores opciones para sobrevivir debido a que se quedaron varados.
<b>Juego del correo</b>	Abrir un espacio para la recreación y la relajación. Estimular las habilidades de comunicación y cooperación.	Los participantes se encuentran en sus lugares, la dinámica consiste en que a un jugador le corresponde ser el cartero, por lo que dirá: traigo una carta para todos los que, por ejemplo, tengan pantalones, quienes resulten con esas características deben cambiarse de lugar.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

**Tabla 4. Taller de juegos (continuación)**

<b>Actividad</b>	<b>Propósito</b>	<b>Descripción de la actividad</b>
<b>Laberintos</b>	Estimular la concentración.	Se eligieron distintos laberintos de acuerdo a las habilidades de los usuarios.
<b>Sopa de letras</b>	Abrir un espacio para la recreación.	Se eligieron distintas sopas de letras, de acuerdo a las habilidades de los usuarios.
<b>Juegos de mesa;</b>	Abrir un espacio para la recreación, así como estimular	Se colocaron los distintos juegos de mesa para que eligieran el de su preferencia.

<b>scrabble, dominó, damas chinas, y rompecabezas.</b>	las habilidades de comunicación, interpersonales, y de cooperación.	
<b>Juegos de mesa, rummy, cartas</b>	Abrir un espacio para la recreación, así como estimular las habilidades de comunicación, interpersonal, y de cooperación.	Se colocaron los distintos juegos de mesa para que eligieran el de su preferencia.
<b>Juego del pictograma</b>	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades escritas y orales.	Se elaboraron distintos códigos de acuerdo a las habilidades del usuario,
<b>Álbum de la infancia</b>	Estimular las habilidades sociales, de comunicación e interpersonales.	Por medio de un cuestionario los usuarios contestaron y compartieron situaciones significativas de su niñez.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En este taller, el atributo que resaltó fue la dificultad percibida por los usuarios para la realización de las actividades, de manera que el análisis se dirigió a clasificar las mismas en función de este rasgo siguiendo el gradiente: bajo, medio y alto, como se describirá a continuación.

En el caso de las actividades que fueron categorizadas como un grado “bajo” de dificultad, estas se caracterizaban por ser aquellas que los usuarios disfrutaban ya que cumplían una función recreativa además de hacerles experimentar comodidad, teniendo preferencia por *los juegos de mesa como: baraja, dominó, damas chinas y lotería*, para este tipo de actividades los usuarios elegían casi siempre a los mismos compañeros para jugar.

Por otra parte, en las actividades de *adivina al personaje histórico, adivina el personaje fantástico, acertijos, juegos de integración y pictograma*, despertaron su interés debido a las temáticas, además se elaboró material de apoyo como en el caso de adivina “*el personaje fantástico*”, para la cual se redactó una lista de 20 personajes lo que enriqueció la actividad. Para el *pictograma* se eligieron aforismos Antonio Porchia, además de leer una breve biografía sobre este autor.

Es importante señalar que, si bien estas actividades les demandaban mayor atención para comprender la dinámica, así como el seguir las indicaciones y resolver situaciones que en el arranque implicaban cierta dificultad, los usuarios lograron

poner mayor atención, capitalizar la experiencia como fue el caso de los dos juegos de adivinanza finalmente adaptarse y realizar exitosamente la actividad.

En cuanto a las actividades del *correo*, *los acertijos* y *el juego del mundo*, a pesar de que se enfrentaron a las mismas situaciones descritas con anterioridad (como recordar las reglas o bien comprender el sentido de estas) se puede resaltar que tuvo un efecto de cooperación espontánea, resultando en una participación colectiva, ya que buscaban ayudar a sus compañeros con indicaciones precisas sobre la dinámica del juego con la finalidad de incluirlos, por otra parte lograron la regulación de la tensión que les generaba en ciertos momentos compartir el espacio físico, adaptándose completamente a esta situación nueva, esta actividad llegó a ser muy divertida para los usuarios.

Por último, tenemos la actividad del *álbum de la infancia*, que les permitió conocer aspectos muy significativos que hasta el momento no habían compartido entre sus compañeros, además de hacerles pasar un momento muy divertido a partir de las preguntas que se muestran en el recuadro 3.

### **Recuadro 3 Álbum de la infancia**

*Preguntas: mi mayor travesura, mi primer amor, mi mejor regalo, mis primeros amigos, mi personaje favorito, mi comida más extraña, mi mascota, mi juego preferido, mi película favorita, mi recuerdo favorito, mi primera foto, mi primer aventura, mi deseo frecuente, mi fecha favorita y mi postre favorito.*

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Por otro lado, en las actividades categorizadas con grado “medio” de dificultad esta se caracterizaban por ser de tipo individual, que implicaban la habilidad de lecto-escritura, como en el caso de los *crucigramas*, o que habían sido adaptados para su aplicación en el taller, por ejemplo, *el juego basta* que ya conocían, pero cuyas categorías fueron modificadas a las tradicionales (nombre, flor o fruto, animales, color, etc.), los usuarios manifestaban dudas acerca de la forma de resolverlos, sin embargo, con el transcurso de los minutos la podían ir desarrollando o en su defecto solicitaban la ayuda de alguno de sus compañeros. En tanto en el caso del *juego de la NASA*, que, si bien resultó atractivo por la temática, evidenció lo heterogéneo del

grupo y como esas características individuales en algunos casos dificultaron la participación, teniendo como resultado que se relegaran.

Por último, en las actividades consideradas con un grado “alto” de dificultad se encontraban los juegos de tipo *sopa de letras* y *laberintos* que requerían la puesta en marcha de las funciones cognitivas tales como: organización y concentración, por lo que se mostraban preocupados y expresaban sus dudas o inquietudes o bien constantemente hacían preguntas y pedían ayuda de algún compañero. También tenían ciertas dificultades dada la presentación visual de la actividad desordena, complicada, etc. No obstante, se intentaba motivar a los usuarios para su resolución explicándoles la importancia de realizar este tipo de actividades que tenían por objetivo enfrentar retos y resolver situaciones que presentaran un desafío.

#### **5.4 Taller de lectura**

En este taller el objetivo general perseguía estimular las funciones cognitivas de: memoria, lenguaje, atención, concentración, percepción, abstracción, a través de textos periodísticos, de divulgación científica, de poesía, así como actividades de animación a la lectura. Las actividades estaban dirigidas a la elección de las temáticas en función de sus intereses, incentivando la autoexpresión y la creatividad, explorando nuevos valores, fomentando la tolerancia a la espera, la autorregulación e incorporar de la lecto-escritura como forma de enriquecimiento personal.

Asimismo, con las actividades se propició la implementación y desarrollo de habilidades sociales que les permitiera compartir en público experiencias propias y reflexiones a partir de las temáticas de las lecturas. Descripción las actividades de lectura están en la tabla 5.

**Tabla 5. Taller de lectura.**

<b>Actividad</b>	<b>Propósito</b>	<b>Descripción de la actividad</b>
<b>Juego de mesa del abecedario</b>	Abrir un espacio para la recreación, motivar las relaciones interpersonales, así como estimular las funciones cognitivas	Se colocan una serie de fichas, que en una de las caras tiene una letra del abecedario, el jugador voltea una ficha y debe decir alguna palabra que contenga esa letra, tiene 10s para dar su respuesta.
<b>La respuesta está en los libros.</b>	Promoción a la lectura, buscando estimular las funciones cognitivas (atención, comprensión, elaboración de preguntas y metáforas) Asimismo estimular la cooperación con el grupo.	El participante debe pensar en tres preguntas que le hará al "oráculo" que en este caso eran los libros. Para encontrar las respuestas uno de sus compañeros elegía un número que correspondía a uno de los libro, otro de sus compañeros, escogía la página que debía leer para encontrar la respuesta del oráculo, el jugador decidía, si tanto la pregunta como la respuesta la leía en voz alta.
<b>Crucigrama</b>	Estimular las funciones cognitivas (atención, comprensión,) así como la cooperación.	Los crucigramas se eligieron de acuerdo a las habilidades del usuario.
<b>Écfrasis</b>	Estimular las funciones cognitivas y habilidades interpersonales	A partir de pinturas famosas, escribirían su écfrasis. Para ello se leyeron algunos ejemplos. Además tuvieron libros de arte e imágenes digitales con la finalidad de facilitar el proceso creativo.
<b>Paisaje interior</b>	Estimular sus habilidades interpersonales así como las funciones cognitivas.	A manera de narración y con la ayuda de preguntas significativas acerca de su vida personal se construyó el paisaje interno.
<b>Lectura de un artículo del periódico</b>	Estimular las funciones cognitivas, y habilidades sociales.	Se seleccionó el tipo de noticias que podían leer, con la finalidad de que estuvieran informados con lo más actual. Además elegían una nota para leer y comentarla con el resto del grupo.
<b>Tu propio cuento</b>	Estimular las funciones cognitivas y las habilidades sociales.	A manera de introducción se les presento la estructura literaria que contiene un cuento, además se complementó con la lectura de un cuento corto de Julio Cortázar. También se establecieron algunos puntos para el desarrollo de la historia.
<b>Plagio creativo</b>	Estimular las funciones cognitivas	A partir de un poema, se deberán cambiar algunos versos y sustantivos para obtener una nueva creación.
<b>El taller de Vicentito</b>	estimular las funciones cognitivas	En el anuncio redactado por Vicentito se ofrecen puestos de trabajo para personajes de cuento. Ayúdale a cubrirlos localizando en Internet información sobre cómo elaborar un <a href="#">currículum vitae</a> y redacta el correspondiente a cada uno de los siguientes personajes: príncipe, hada madrina, duende, ogro y bruja malvada.
<b>Lectura Gaceta de la UNAM</b>	Estimular las funciones cognitivas y las habilidades sociales	Se tenía un ejemplar por usuario, se colocaban sobre la mesa de forma tal que podían hojear un poco el contenido para decidir qué cosa les llamaba más la atención. Elegían un artículo, el cual después de leerlo debían compartir su contenido.
<b>Lectura revista National Geographic</b>	Estimular las funciones cognitivas y las habilidades sociales.	Se tenía un ejemplar por usuario, se colocaban las revistas sobre la mesa para que pudieran hojear el contenido, elegir la de su agrado.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En este taller, el atributo que resaltó fue lo atractiva de la actividad para los usuarios, de manera que el análisis se dirigió a clasificar las mismas en función de este rasgo siguiendo el gradiente: muy atractiva, medianamente atractiva, y poco atractiva como se describirá a continuación.

Las actividades que se clasificaron en este grupo fueron aquellas que les resultaron muy atractivas y novedosas, ello derivó en una mayor participación, adaptándose sin problema y captando su interés, como en el caso de *la respuesta está en los libros*, y cuya dinámica consistía hacer tres preguntas a los libros de poesía, que se eligieron para esta actividad. Para hacer más interesante la dinámica, era otro de sus compañeros quién elegía tres libros, a su vez otro de los compañeros elegía las tres páginas que debía leer el participante y así obtener sus respuestas.

En cuanto a la actividad para elaborar una *écfrasis*, cuya dinámica consiste en realizar un poema a partir de una pintura famosa, primero se les leyó como ejemplo algunas *écfrasis*. También se contó con libros de arte, e imágenes digitales de pinturas famosas, buscando estimular la creatividad. Durante el proceso se les notó más relajados y concentrados al momento de realizar su trabajo. Ejemplo de *écfrasis*.

#### Recuadro 4. *Écfrasis*

Vincent Van Gogh cuadro: campesinos que trabajan la tierra. usuario: 7 V.

Fragmento

Todo por morir por la patria y por sacar adelante a la familia, madres, hijas y si Dios quiere que regresen los hombres de familia. Es la ley de la vida.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Mientras que en el caso de la actividad elabora *tu cuento* se revisó la estructura literaria y les sirviera de guía en la elaboración de su trabajo. Asimismo se establecieron algunos elementos que debían incluir en su trabajo, siendo los siguientes; un personaje de la literatura, una adolescente, un gato, una ciudad invisible la cual tendría nombre de mujer, y la palabra medianoche.

En el caso del *curriculum viate* la cual fue una actividad de animación a la lectura, se estableció una serie de personajes propios de un cuento de hadas, a partir de los cuales debían elegir alguno para elaborar su curriculum.

Para la realización de la actividad de *paisaje interno* se elaboró una serie de preguntas que hicieran referencia a situaciones, objetos, gustos y personas a través de las cuales pudieran definirse de una forma íntima y a la vez se sintieran cómodos de compartir su trabajo con todos sus compañeros.

Conforme fueron ganando confianza ante las nuevas actividades, se hicieron más participativos, comentando información adicional, intercambiando opiniones, puntos de vista y preguntas, este marco permitió también evocar anécdotas valiosas de su historia de vida, lugares y personas, las cuales no habían compartido dentro de este espacio.

Por último en el caso del material de lectura: *periódico, gaceta de la UNAM, revista Muy interesante y National Geographic* generó entusiasmo y sus intervenciones se hicieron más extensas, por lo que hubo necesidad de recordarles que el tiempo para hablar tenía que ser equitativo.

Por otro lado tenemos la actividad que les resultó medianamente atractiva, fue el caso del *crucigrama*, que además se elegían de acuerdo a las habilidades individuales del usuario, sin embargo durante el desarrollo de la actividad expresaron cierta dificultad para encontrar las respuestas, otros en cambio buscaron apoyo de sus compañeros. Al finalizar esta actividad hubo quienes la terminaron y quienes lograron el objetivo.

Por último tenemos la actividad poco atractiva para los usuarios y que no causó mayor entusiasmo, fue el caso del *juego del abecedario*, cuya regla principal consistía en que la vocal o consonante que le salía al azar, tenía que ser la letra inicial de la palabra que tenían que decir, al mismo tiempo dentro de la dinámica había un tiempo límite de 10 segundos para dar la respuesta correcta, por lo que en un inicio algunos de los usuarios tuvieron dificultad de comprender completamente las reglas, esto les causó cierta intranquilidad, motivo por el cual se optó por dar un tiempo adicional, y se tomaban por buenas las respuestas que cumplieran aunque fuera en parte la regla principal.

### **5.5 Taller de introducción a las artes plásticas.**

A través de las expresiones artísticas las actividades de este taller les permitían dar forma a emociones y sentimientos, experimentar y expresarse a través de canales diferentes a la comunicación verbal, tomando conciencia del propio cuerpo y de las dificultades y potencialidades individuales, así como reforzar y mejorar múltiples capacidades, fomentando el uso de la creatividad como una herramienta. Asimismo descubrir en las distintas expresiones culturales los desafíos creativos, de movimiento, expresión, pensamiento, investigación, exploración y comunicación, entrando en contacto con uno mismo y con el mundo a través de la estimulación del aprendizaje y entrenamiento de destrezas, la modificación del desempeño (de las actividades y tareas propias del repertorio del sujeto) como apoyo, la modificación del entorno físico y así como estimular las habilidades sociales. Se buscó que en el diseño de las actividades artísticas favorecieran la organización y el disfrute del tiempo libre y de ocio en el seno de la comunidad, motivando la acción, como soporte para la discriminación de intereses, reforzando la autoestima, y explorando nuevos intereses. La planeación de las actividades (Ver tabla 6) tuvo como objetivos específicos:

- 1) Respetar las destrezas, actitudes y grados de socialización individuales.
- 2) Como instrumento en la conservación de capacidades, en tanto activa la memoria, la capacidad relacional, las habilidades psicomotoras y la coordinación óculo-manual.
- 3) La transformación de objetos como un modo facilitador acercamiento el mundo que le rodea y de comprenderlo.
- 4) Jugar con las ideas, inventar, transformar escenarios y resolver situaciones involucrando a la imaginación y el deseo de ir más allá de las reglas establecidas.
- 5) Explorar en la cultura, la red de significados entre el creador y el público dentro de las variadas y complejas interrelaciones sociales.

- 6) Facilitar un escenario en donde experimentar su capacidad creativa, para manifestar su propia identidad, sus valores, ideas, sentimientos, motivaciones, etcétera.

**Tabla 6. Introducción a las artes plásticas.**

<b>Actividad</b>	<b>Propósito</b>	<b>Descripción de la actividad</b>
<b>Mándala</b>	Reconocer la riqueza de la diversidad	Durante 6 sesiones elaborar su propio diseño de un mándala.
<b>Dibuja un sentimiento</b>	Abrirse a la posibilidad de que los sentimientos se pueden expresar de forma creativa	Previo a la actividad, tuvieron una plática en donde se habló de la diferencia entre: sensación, emoción y sentimiento. Debían elegir un sentimiento y darle un color, o colores de su preferencia.
<b>Dibujar a oscuras</b>	Experimentar con distintas situaciones.	Realizar un dibujo de sí mismos con la luz apagada, y se acompañó con música clásica de fondo.
<b>Experimentado con el color.</b>	Jugar con los colores	Utilizamos rectángulos de papel de china ligeramente humedecidos, y los fueron colocando en distintas posiciones, en una hoja de papel blanco.
<b>Pinta un mundo futuro</b>	Utilizar la imaginación como un medio de expresión	Para poder contextualizar se realizó una pequeña plática en donde fueron describiendo los cambios tecnológicos, y la transformación de la ciudad. Posteriormente debían dibujar un mundo futuro.
<b>Historieta</b>	Resignificar su viaje de vacaciones	A partir de su viaje de vacaciones, el cual se tomó como eje para relatar sus experiencias, y utilizando el formato de historieta.
<b>Mosaico</b>	Utilizar la creatividad para solucionar problemas	Organizar su pensamiento para lograr expresar una idea. Reconocer la creatividad como herramienta que requiere de diversos estímulos para nutrirse.
<b>Conociendo a Gaudi</b>	Que conocieran otras formas de expresión artística.	Tras una breve introducción sobre el trabajo de este famoso arquitecto, realizaron la elección de la obra que iluminarían.
<b>Dibujo de la niñez</b>	Expresar su mundo interno	Realizar un dibujo en el que plasmaran un evento relevante de su niñez.
<b>Recreando a través de Frida Khalo</b>	Fomentar la creatividad y reconocer que esta se manifiesta de diversas formas	Primero se leyó un pequeño libro acerca de Frida Khalo con la intención de que la información les ayudara en su interpretación.
<b>Dibujo libre</b>	Utilizar la imaginación como un medio de expresión.	Utilizando los recursos un tanto limitados con que se contaban para este taller, lograron dar cauce a sus ideas.
<b>Acercamiento al arte conceptual</b>	Acercarse a una nueva expresión artística.	Reconocer que la idea es lo más importante en este tipo de expresión. Se reformulo el concepto para que eligieran un objeto significativo en su vida. A través de la técnica del collage eligieron un objeto, u objetos ya sea que fueran pertenecieran a ellos, o a algún miembro de su familia.
<b>Técnica de collage</b>	Utilizar la imaginación como un medio de expresión.	A partir de los pocos elementos transmitir una idea. Podían elegir la técnica que ellos quisieran para su proyecto, ya que el tema era libre.
<b>¿Qué te gusto más de los talleres?</b>	Conocer que fue lo que más les gusto de los talleres, así como la expresión de sus sentimientos a través del dibujo.	Identificar emociones o sentimientos, transmitirlos por un medio distinto a la palabra, reconocer sus avances.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las características de este taller tenían de antemano un reto, el desconocimiento de la técnica como tal, así que desde el principio se les aclaró que de ninguna forma se pretendía dar importancia a esta consideración, el atributo relevante sería el proceso creativo, de esta forma las actividades se dividieron básicamente entre la técnica libre, la cual consistía en que los usuarios podían dibujar lo que ellos quisieran de acuerdo al tema. Por otro lado, estaban las actividades a partir de la técnica guiada, para las cuales se elegía un tema para trabajar.

Las actividades que se trabajaron dentro de la técnica libre fueron las siguientes:

*Dibujar a oscuras*, la consigna era dibujarse así mismo de la forma que ellos eligieran, se apagaron las luces por lo que había cierta penumbra, en un inicio se mostraron inseguros por la poca iluminación que había, por lo que se les explicó que la intención era que no mirasen tan críticamente su trabajo, que el resultado no era lo más importante, si no el permitirse experimentar una forma nueva para trabajar, y de fondo se puso música clásica. Durante el ejercicio se les pudo observar bastante relajados y concentrados, al final se mostraron muy satisfechos con su trabajo, además de que les resultó muy agradable el acompañamiento con la música.

*Dibujo de la niñez*, en este caso debían elegir un evento significativo de la niñez, por lo que se mostraron muy entusiasmados, esta actividad les permitió evocar un pasaje de su vida que resulta muy apreciado y que compartieron bajo una atmósfera afectiva. Hay que recordar que la expresión plástica contiene una riqueza y flexibilidad lo que permite la expresión de emociones, entregando una imagen más nutrida y colorida de la realidad.

*Dibuja un sentimiento*, con anterioridad a este ejercicio se les dio una breve charla acerca de las emociones y sentimientos con la finalidad de ayudarles a distinguir las diferencias, sin embargo, tuvieron dificultad para recordarlo. La dinámica consistía en elegir un sentimiento para representarlo a través de un color o colores de su preferencia. Este ejercicio les planteó un escenario diferente pues debían

expresarse desde un canal distinto al verbal, tal como se planteó en los objetivos, un jugar con las ideas, experimentando con su capacidad creativa para expresar lo que hay dentro.

*Experimentando el color.* Era una actividad muy simple, en la que se tenían rectángulos de papel de china, los cuales se humedecían un poco y “pegaban” en una hoja en blanco, formando las figuras que fueran inventando, de nueva cuenta el proceso creativo les resultó satisfactorio, se mostraron asombrados con el efecto de los colores.

*Técnica de collage,* lo valioso de esta técnica es que permite transformar los objetos, convirtiéndose en un vehículo a través del cual expresan ideas, sentimientos, la forma en que “miran” y comprenden el mundo que les rodea. Para esta actividad se tuvo un poco de material como; plumas, botones, flores miniatura, papel de china, revistas para recortar, el tema era libre, aquí también se puso música clásica para acompañar su trabajo. Estuvieron muy concentrados y relajados, además expresaron sentirse satisfechos con su trabajo

*Dibuja lo que más te gusta de los talleres.* Como actividad final se les solicitó que dibujaran aquello que más les gustó de los talleres por medio de la técnica libre, de nueva cuenta estuvieron concentrados, capitalizaron la confianza que fueron ganando a través de las distintas actividades. Además del producto realizado, expresaron verbalmente lo mucho que les gustaron las actividades, lo novedosas e interesantes que les resultaron, en suma una experiencia gratificante.

Por otro lado, respecto a las actividades que se trabajaron bajo de la técnica guiada, al proponer distintos temas para trabajar, así como explorar algunas técnicas les facilitó el desarrollo de su trabajo, fueron participativos, se concentraron logrando aventurarse a realizar trabajos cada más ricos, experimentando con los tonos, las formas y texturas. Por otra parte, compartieron situaciones personales cuya anécdota les recordaba momentos significativos. Todos estos aspectos ayudaron a que la atmósfera fuese relajada, porque al final de algunas actividades expresaron haber disfrutado el trabajo.

La primera actividad de este taller a propósito fue hacer un *Mandala*, el cual tuvo distintas intenciones, primero romper el miedo ante la falta de una técnica en cuanto al dibujo figurativo, en segundo plano explorar los significados de otra cultura y como estos objetos son medio facilitador para acercarnos al mundo y buscar comprenderlo. Por lo que durante distintas sesiones estuvimos revisando la composición de un mandala, es decir sus formas, colores, y significados, posteriormente se realizaron ejercicios para aprender a realizar algunas de las figuras básicas, después pasamos a la elaboración de su propio diseño y para finalizar, trabajaron con un mandala prediseñado. Varios de los usuarios expresaron satisfacción al ver realizada su obra.

Otra de las actividades que les permitió explorar su mundo interno a través de experiencias significativas, fue el *acercamiento al arte conceptual*, la cual se reformuló para que los usuarios pudieran expresar algo íntimo, podían elegir entre un objeto o un momento realmente significativo en su vida, para facilitar su elaboración la técnica plástica fue el collage, por lo que algunos productos fueron realmente muy ricos en cuanto a su significado.

La actividad de *pinta un mundo futuro*, consistió en que debían imaginar cómo sería el mundo en el futuro, que tendría de diferente, para enriquecer la actividad se hizo un breve recuento de los avances tecnológicos que los usuarios recordaran o aquellos que en particular les asombraran

*Recreando a Frida Khalo*, como introducción al tema, se leyó una biografía escrita a manera de cuento, además de que ellos podían comentar alguna otra información que conocieran, al contar con un tema específico ordenar las ideas era un proceso más sencillo, además fueron ganando confianza con cada una de las actividades por lo que al momento de trabajar se mostraban tranquilos no expresaban ningún tipo de inconformidad con sus dibujos.

*Mosaico*. Dentro de las distintas técnicas revisamos obras realizadas con mosaicos, descubriendo las combinaciones de las tonalidades y las formas, de nueva cuenta haciendo énfasis en la creatividad como una herramienta que permite encontrar

soluciones, expresar ideas, y reconocer la necesidad de alimentarla con diversos elementos. Se les observo relajados, cómodos, concentrados.

*Conociendo a Gaudi.* La actividad de mosaico fue el preámbulo para acercarnos al trabajo de Gaudi, el uso del color, las formas para transformar el entorno, rompiendo esquemas establecidos. Se eligieron algunas de sus obras para que pudieran iluminarlas, al final no les entusiasmo demasiado este tipo de actividad.

Historieta. Buscando recupera la experiencia de sus vacaciones en Veracruz debían hacer una historia, si bien estaban concentrados, al desconocer la estructura que contiene una historieta, se limitaron a realizar recuadros con paisajes, o dibujaron el hotel, pero no contaban una pequeña historia como tal. Podría decirse que faltó explorar más, para lograr un resultado más rico.

## **5.6 FASE 3. Descripción de cada caso.**

### **Caso 1. El usuario F tiene 40 años, es residente de la Casa de Medio Camino.**

F gusta de la lectura y la música, coopera en las tareas que le asignan, también sabe compartir el espacio físico, en ocasiones puede ser muy conversador y en otras prefiere no establecer contacto. Tiene la posibilidad de salir sin acompañamiento a realizar diversas actividades como: ir a jugar basquetbol, recoger su medicamento, asistir a sus citas médicas, llevar su ropa a la lavandería o visitar a su familia.

Antes de llegar a este espacio estuvo en una Institución Pública, en donde a su decir se sentía muy cómodo, ayudaba con ciertas tareas, disfrutaba de participar en los partidos de basquetbol.

Teje bufandas para que un familiar las venda y con eso ayudar a su manutención dentro de la Casa de Medio Camino, a solicitud de sus familiares asistió a un taller de encuadernación, el cual no concluyo, comentaba que no lograba retener lo que le estaban enseñando. Expresaba el deseo de regresar a su casa con su familia, también el de vivir de forma independiente, aunque su capacidad de juicio se veía comprometida al tomar ciertas decisiones que le podían poner en riesgo.

En ocasiones hacía comentarios sarcásticos de sus compañeros, no obstante, lo anterior, lo elegían para los juegos de mesa, o le hacían preguntas para resolver alguna actividad dado que sus habilidades cognitivas le permitían dar con ciertas respuestas más fácilmente.

Los productos realizados dentro de los talleres resultaron bastante creativos, tiene facilidad para transmitir sus ideas, lograba comprender el objetivo de la actividad y realizo varios trabajos muy interesantes.

Producto elegido: *dibujo libre*. Imagen 1.



Fuente: Elaboración Caso 1, año 2016

En su dibujo nos describe que a él le gusta escuchar música tranquilamente en su habitación, pero se siente invadido en su espacio íntimo debido a que una de las asistentes no tiene modales de cortesía e interrumpe en su habitación para llegar a la zona de lavado, eso le molesta mucho, sin embargo, no se lo expresa ni a ella ni a los coordinadores, no obstante en su dibujo él comentó que la representó del lado derecho por medio de unos ojos y se dibuja así mismo muy enojado, gritando.

En medio de sus ojos ha dibujado un libro que tiene a los diversos dioses hinduistas, esto es de enorme importancia para él, ya que sentía empatía por una de las religiones hindús, incluso cuando joven llegó a viajar a la India.

Por último, en la parte de arriba de su cabeza dibujó unas flechas que van arriba y abajo, y a decir de él son los “arriba y abajo” que pasan por su mente. Su dibujo revela la temporalidad a través del viaje a la India, que en un momento de su vida realizó, la relacionalidad entre sus gustos como la música y la lectura, en cuanto a la comunalidad, la situación que se presenta con uno de los miembros que trabajan para esta comunidad.

**Caso 2. La usuaria L, tiene 34 años, es residente de la Casa de Medio Camino.**

L, posee un trato afectuoso, le gustan las muñecas y los peluches, también le gusta pintarse las uñas y peinarse de distintas formas, es independiente para realizar sus actividades de autocuidado.

L llegó del interior de la República Mexicana y se encontraba al resguardo de una Institución Pública ya que anteriormente vivía en situación de calle y sufrió tanto de violencia como explotación laboral por parte de su familia, no obstante, en la actualidad aún recuerda tanto a su familia nuclear como a la Institución donde fue acogida, llegando a mencionar buen trato que recibió en ese espacio. Dentro del reporte expedido por parte de la institución de procedencia, se asentaba que poseía determinadas funciones cognitivas, tales como: el conocimiento de numeración básica del 1 al 10, colores, formas, clasificación, seriación, así como habilidades básicas de lector-escritura logrando identificar vocales y consonantes, sin embargo, en la práctica cotidiana no se veía reflejado.

Puede decirse que L goza de aceptación dentro de la casa de medio camino. Por otra parte, en cuanto a su participación dentro de los talleres no solo se buscaron actividades acordes a sus características, sino que se tuvo que trabajar de forma individual con ella. Se trabajaron actividades de prelógica matemática, estimulación para la lecto-escritura, sin embargo, el tiempo con que se contaba fue un problema que no se pudo solucionar, apenas se tenían 15 minutos después de terminar con el grupo grande, en un par de ocasiones se pidió el apoyo de sus compañeros para que le hicieran una lectura, a lo que accedían sin mayor problema.

Producto elegido: *técnica libre con collage*. Imagen 2.



Fuente: Elaboración Caso 2, año 2016

Para esta actividad se colocó algo de material con la finalidad de que eligieran aquello que más les llamaba la atención y con ello realizaran alguna composición. En retrospectiva de sus otros productos, este fue más rico ya que combinó el uso de distintos materiales. Durante el proceso de realización se mantuvo concentrada, relajada y aprovechando la diversidad de objetos. Decidió hacer sus muñecos favoritos, plasmando a través de ello su temporalidad (el tiempo vivido) estos objetos forman parte de su espacio cotidiano y la relacionalidad con sus objetos importantes.

### **Caso 3 usuario I, edad 61 años, es residente de la Casa de Medio Camino.**

Debido a la reforma en Salud Mental, I. llegó a la Casa de Medio Camino después de haber pasado mucho tiempo en un hospital del interior de la República Mexicana. I, es muy independiente y requiere mínima ayuda para las actividades de autocuidado, no le agradaba el contacto físico. Había sufrido una caída y se estaba recuperando de una operación por una fractura de fémur, por prescripción médica debía guardar reposo motivo por el cual en un inicio no podía bajar y participar de las actividades, teniendo que estar solo durante ciertos periodos de tiempo. En estos periodos, presentaba delirios en los cuales llegaba a tener discusiones fuertes con su mamá, sin embargo, cuando se encontraba acompañado esta conducta no se manifestaba.

Dada la caída debía de trabajar en su habitación, sin embargo no siempre alcanzaba el tiempo para poder estar con él de forma individual. La primera actividad que se trató de realizar con él fue rechazada casi instantáneamente, argumentando que “no era un retrasado mental”. Como segunda estrategia se le ofreció jugar domino, a lo que accedió gustoso, si bien no seguía las reglas como tal, si existía una lógica en su juego, una vez superado ese primer rechazo, parecía esperar con agrado las siguientes partidas, de poco a poco accedió a otro tipo de actividades como la lectura del periódico, realizar un crucigrama e iluminar.

Conforme avanzó en su recuperación pudo irse integrando en las actividades grupales, lo hacía con auténtico agrado, fue participativo, comunicativo, y respetuoso con sus compañeras y compañeros.

Producto elegido: *dibujo sobre la niñez*. Imagen 3.



Fuente: Elaboración Caso 3, año 2016

En esta actividad se les solicito realizaran un dibujo en el que plasmaran un evento significativo de su infancia, por lo que I. recordó que a la edad de 11 años le hicieron un disfraz de rey para participar en un festival escolar, como se trataba de una técnica libre, lo hizo a manera de collage, quedando realmente muy satisfecho y orgulloso con su trabajo, además de mostrarse contento por recordar este evento.

La temporalidad se revela a través de su trabajo al plasmar un evento de su infancia, la relacionalidad, es decir la aceptación que tuvo entre sus pares, la corporalidad se manifiesta en el dibujo de sí mismo y la aceptación positiva que tiene de sí.

#### **Caso 4 usuario P, edad 56 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

P, tiene un trato cortés con las personas, le gustan sus muñecos de peluche y los muestra con orgullo, también gusta de la música y de navegar en internet, contaba con su computadora y teléfono celular. Debido a la dimensión de la habitación que tenía asignada, la cual era pequeña, no podía compartir el espacio con otro residente.

Se expresa con gran afecto de su mamá, quién ya falleció por lo que se encuentra a cargo de un tutor. P, puede salir sin compañía a realizar distintas actividades como: acudir al médico, llevar su ropa a la lavandería, a cortarse el cabello, a realizar trámites de la pensión con que cuenta, a realizar compras personales.

Además de que participó de un taller de serigrafía y de computación, lo que le hacía sentirse muy satisfecho de este logro, además de haber tenido un trabajo de forma temporal.

Él mismo daba énfasis a su comportamiento mencionando que se portaba bien y lo contento que estaba, tenía buena relación con la comunidad, gustaba de participar en los talleres.

Producto elegido: *paisaje interno*. Imagen 4

¿QUE ANHELAS?

¿QUE DESEAS?

¿CUÁLES SON TUS MEJORES RECUERDOS?

¿QUE OBJETOS Y QUE PERSONAS TE DEFINEN?

R: Yo Anhele superarme en mi propia vida tanto yo mismo y familia y poder conseguir un trabajo sin seguir

R: DESEARIA TENER UN CELULAR, PARA ESTAR EN CONTACTO DE AMIGOS

R: MIS RECUERDOS MAS LINDOS SON CUANDO LLEGABA A MI CASA Y TOMABA MIS JUGUETES Y ESCUCHAR MUSICA Y VER MIS REGALOS DE NAVIDAD Y RECIBIR VARIOS RECONOCIMIENTOS DE COMPUTACION SEROGRAFIA

R: QUE OBJETOS ME GUSTAS SON MIS MUÑEQUITOS Y MIS APARATOS ELECTRONICOS

R: LAS PERSONAS QUE ME DEFINEN SON MIS AMIGOS, MI MEDICOS Y EN GENERAL LAS PERSONAS QUE ME OBSERVAN Y SON MAS TRANQUILAS Y POSITIVAS.

Fuente: Elaboración Caso 4, año 2016.

Esta actividad de promoción a la lectura, permitió revelar la temporalidad revela dos etapas importantes en la vida de P, cuando niño durante la navidad y de adulto su participación en dos talleres. La comunalidad a través de sus vínculos con sus amistades, y médicos, y como P trabaja para obtenerlos, por último su deseo de estar incluido en la vida laboral como un medio para superarse.

**Caso 5: usuaria A de 55 años, residente de reciente ingreso a la Casa de Medio Camino.**

A, parecía estar siempre sonriente, sin embargo, debido a la afectación en sus habilidades cognitivas la comunicación verbal se limitaba a cuatro palabras: “niño o niña” (cuando había alguno en su campo visual), “bonito” (era una expresión cuando algo le gustaba), por último, la palabra “sí”, la cual parecía usar de forma indistinta. No se tenía seguridad de si nos comprendía pues no había respuesta por parte de ella ante algún comentario o pregunta, o bien un estímulo como la comida, no obstante, esta situación, casi todos sus compañeros eran respetuosos de su condición. Otra característica era su tendencia a llevarse todo a la boca por lo debíamos de ser cuidadosos de que no se llevara cualquier material a esta zona. En cuanto a sus *Actividades de la Vida Cotidiana* era dependiente al 100%. En cuanto a su participación en los talleres era nula, en algunas ocasiones se le puso cerca papel y lápiz sin ningún resultado, hasta que en una ocasión realizó unas espirales

Producto elegido: *dibujo*. Imagen 5



Fuente: Elaboración Caso 5, año 2016

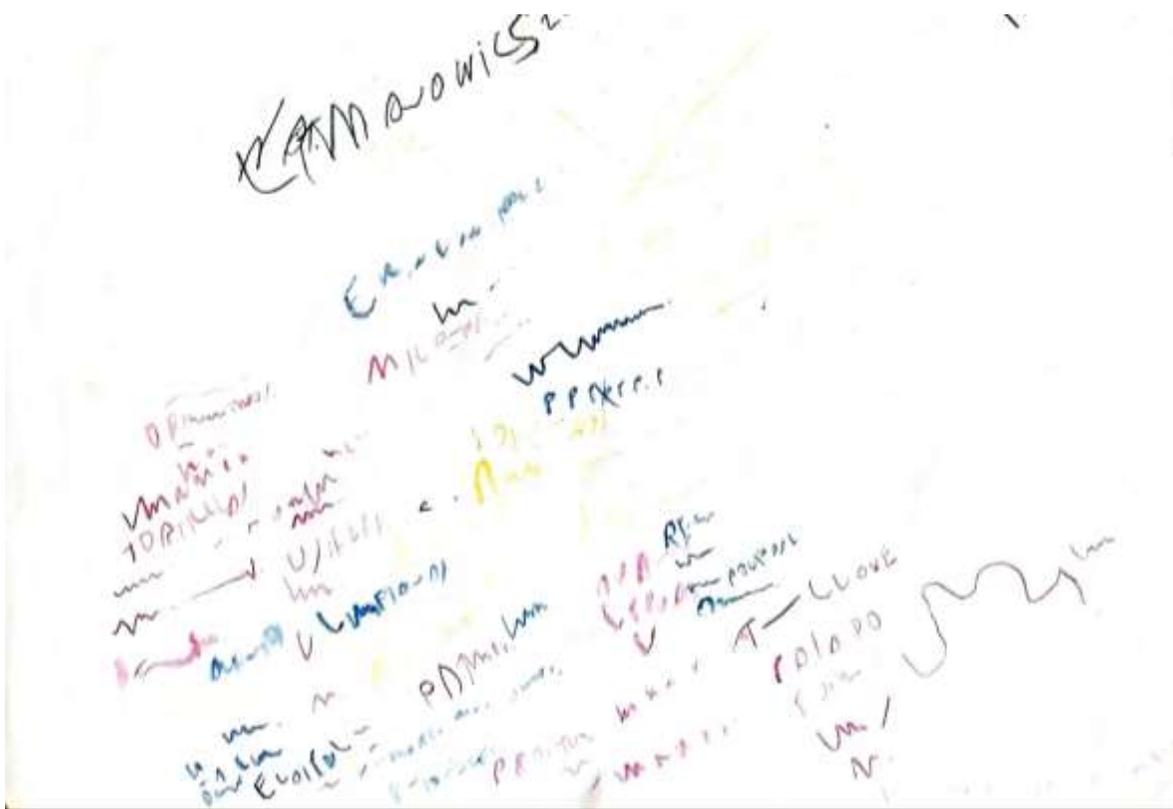
En varias ocasiones se le acercaban colores y hojas, sin ningún resultado, hasta que en una ocasión con un lápiz de color logro realizar unas espirales, fue la única vez que lo hizo.

### **Caso 6: M, usuario de 49 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

M, a consecuencia del deterioro de sus habilidades cognitivas hablaba poco, tendía a estar ensimismado, sin embargo, había un matiz de cortesía en su trato hacia los demás, podía hacer algún comentario divertido, y sus compañeros le tenían simpatía, de forma ocasional durante las caminatas se acercaba para preguntar por su madre, quién le visito con regularidad hasta que falleció. Requería de apoyo verbal para realizar las actividades de autocuidado, tenía dificultad con las prendas de vestir quería usar más de las necesarias y si podía tomaba a escondidas prendas de sus compañeros para usarlas.

Su participación en los talleres fue un poco confusa dado el deterioro en sus habilidades cognitivas no podíamos estar seguros de que comprendiera en su totalidad el sentido de las reglas de algún juego, en el caso de la lectura, podía leer sin problema todo un párrafo sin embargo parecía no comprender el sentido del texto, es decir lo hacía de forma automática sin embargo de forma espontánea podía realizar algún comentario relacionado al tema tratado. En cuanto a la escritura también había afectación y sus grafías eran casi ilegibles salvo algunas de ellas en ocasiones escribía alguna palabra que tenía relación con el tema tratado. Por último tenemos que en los juegos de *Integración Grupal* sus compañeros lo incluyeron dentro de la dinámica, por lo tanto le daban indicaciones precisas sobre que debía de hacer, a lo que accedió de buen agrado pues daba la impresión de estar “disfrutando” de la actividad.

Producto seleccionado: "dibujo" técnica libre. Imagen 6.



Fuente: Elaboración Caso 6, año 2016.

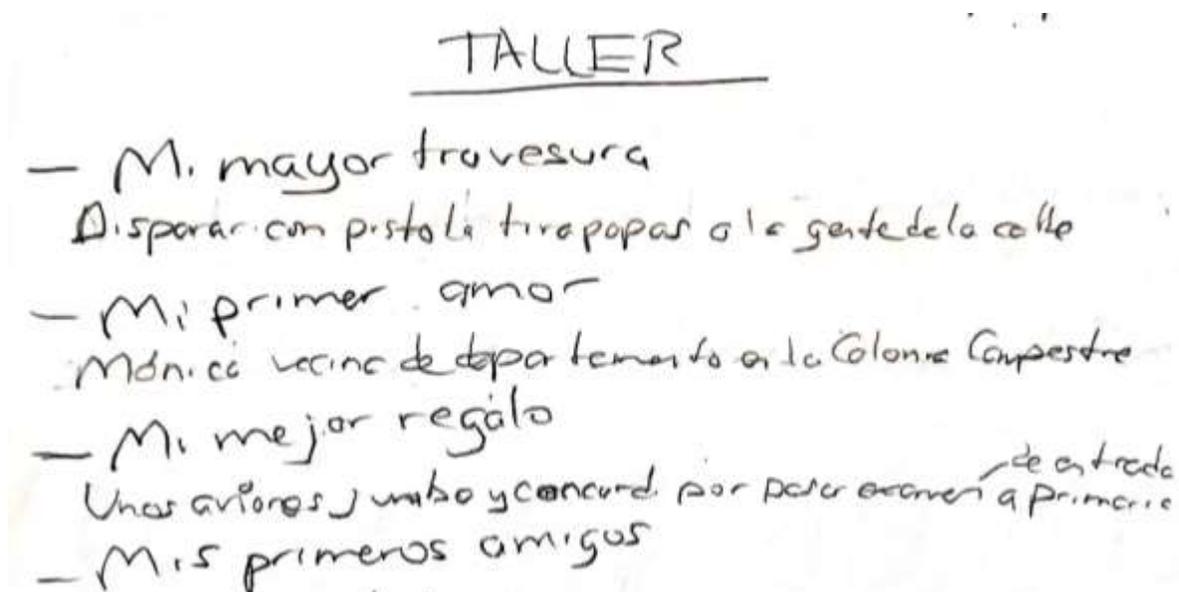
En sus productos se distinguía un cierto patrón con sus grafías si bien existía una cierta similitud, presentaba algunas diferencias, en cuanto al tamaño de la letra, el número de palabras podía ser menor y en otras una mayor producción. Por lo que los efectos de su condición se hacían patentes en su corporalidad. La relacionalidad se hacía presente a partir de incluir palabras vinculadas con el tema tratado.

### Caso 7, usuario V, edad 48 años, residente de la Casa de Medio Camino.

Era el único usuario ambulante, por lo que su estancia en la Casa de Medio C en promedio 6 horas al día, llegaba alrededor de las 11:00 am y regresaba a su casa a las 5:00 pm., donde vivía con su familia nuclear.

Gustaba de la lectura, y del basquetbol, en ocasiones salía con F a jugar en una cancha que estaba cerca de la Casa de Medio Camino. Es un buen conversador por momentos y en otros ser muy reservado, podía llegar a ser algo agresivo con algunos de sus compañeros por lo que era necesario recordarle que su comportamiento debía de ser respetuoso. En cuanto las actividades de los talleres, V. era muy participativo, y dado que sus habilidades cognitivas no tenían una afectación tan aguda, así que para la lectura había que recordarle que las intervenciones debían de ser equilibradas, ya que absorbía mucho tiempo en sus participaciones. Sin embargo tendía a preguntar antes del inicio de la actividad, si esta sería difícil o sencilla, algunos de sus compañeros se referían a él si tenían alguna duda o le escogían como compañero de juego.

Producto seleccionado: *Paisaje interior*. Imagen 7.



Fuente: Elaboración Caso 7, año 2016.

Esta actividad de promoción a la lectura, permite revelar los significados emergentes a través de las expectativas relacionadas con la comunalidad, es decir su familia, así como su deseo por establecer una relación afectiva. La temporalidad se hace visible a partir de su vida como universitario.

**Caso 8: usuaria L de 58 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

L, era muy cuidadosa con su arreglo personal, siempre se maquillaba, se peinaba, era muy pulcra. Su trato era cordial y respetuoso con todos sus compañeros, más bien reservada, aunque también podía establecer algunas charlas, algo cortas eso sí. Tenía como tarea dentro de la Casa de Medio Camino preparar el té para el desayuno y el agua para la comida.

Si requería asistir a alguna cita médica lo hacía acompañada, cada cierto tiempo se iba con uno de sus familiares por varios días, cosa a L le alegraba mucho.

En cuanto a su participación en los talleres siempre se esforzó por realizar las actividades, expresando si alguna de ellas había sido de su particular agrado o interés.

Producto seleccionado: *dibujo sobre la niñez.* Imagen 8



Fuente: elaboración caso 8 año 2016.

En esta actividad debían elegir un momento significativo en su infancia y plasmarlo en un dibujo. Así se rebela la relacionalidad que L tiene con su familia nuclear es muy importante para ella, esto se hace patente en varios de sus dibujos, el que se eligió en particular, nos remite dentro de la espacialidad a su infancia cuando en un día de reyes magos le traen una bicicleta, hecho que narra con gran entusiasmo, ya que siendo la hermana menor sus hermanos le prodigan atención especial según lo refiere L.

**Caso 9, usuario C, de 58 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

C se acerca con facilidad a las personas para platicar, su trato amable y educado, tiene dificultad con el aliño personal, sin embargo, si se le recuerda es accesible a cambiarse. Con cierta regularidad acude a visitar a su familia va a comer y regresa el mismo día. Tiende a hacer énfasis en que “se siente bien” y “tranquilo” sin que nadie le preguntase.

Los talleres de C preferidos eran el de juegos y el de lectura, especialmente cuando se leían artículos, sin embargo si se trataba de alguna otra actividad casi nunca la terminaba, tenía como habito acudir al sanitario recién iniciaba el taller, aunque se le buscaban que las actividades fueran adecuadas a sus habilidades, siempre expresaba que era difícil, ponía un gesto adusto, y si se le pedía que trabajara. En los ratos libres siempre se iba a recostar a su habitación.

Producto seleccionado: taller de juegos. Imagen 9



FUENTE. World Dominó Championship, 2019.

La relacionalidad de C con los demás usuarios a través del taller de juegos era cordial, sus compañeros lo integraban dentro del grupo, se le veía relajado y disfrutando este tipo de actividades, muy en especial el juego de domino. No

buscaba oportunidad para ausentarse algunos minutos, tampoco se mostraba a disgusto como cuando la actividad requería del uso de habilidades cognitivas.

**Caso 10, usuaria A.S. edad 69 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

A.S. tenía dificultad para compartir el espacio físico así que no compartía la habitación con nadie, durante las caminatas trataba de ir siempre en primer lugar con un dejo de competencia con sus demás compañeros, no podía ver ciertos programas de tv y rompía de forma recurrente esta regla, también les hacía constantes críticas a sus compañeros, sin embargo sabía pedir ayuda si no encontraba la solución de alguna actividad, se esmeraba en su arreglo personal y de forma constante le pedía a su familia le comprara ropa nueva, le gustaba trabajar con los materiales del taller de Introducción a las Artes Plásticas, así que prefería conservar sus trabajos para mostrárselos a su papá.

Producto elegido: del taller de lectura, *paisaje interno*. Imagen 10.

- mi mayor tristeza del 2016
- mi primer amor
- mi mejor regalo un corazón
- mis primeros amigos de la escuela 5 amigos
- mi personaje favorito Tedy el oso
- mi comida más extraña
- mi mascota un perro y un conejo de peluche
- mi juego favorito canicas y la casita
- mi película favorita Walt Disney
- mi recuerdo favorito cumpleaños
- foto de bebé de mi mamá

Fuente: Elaboración Caso 10, año 2016.

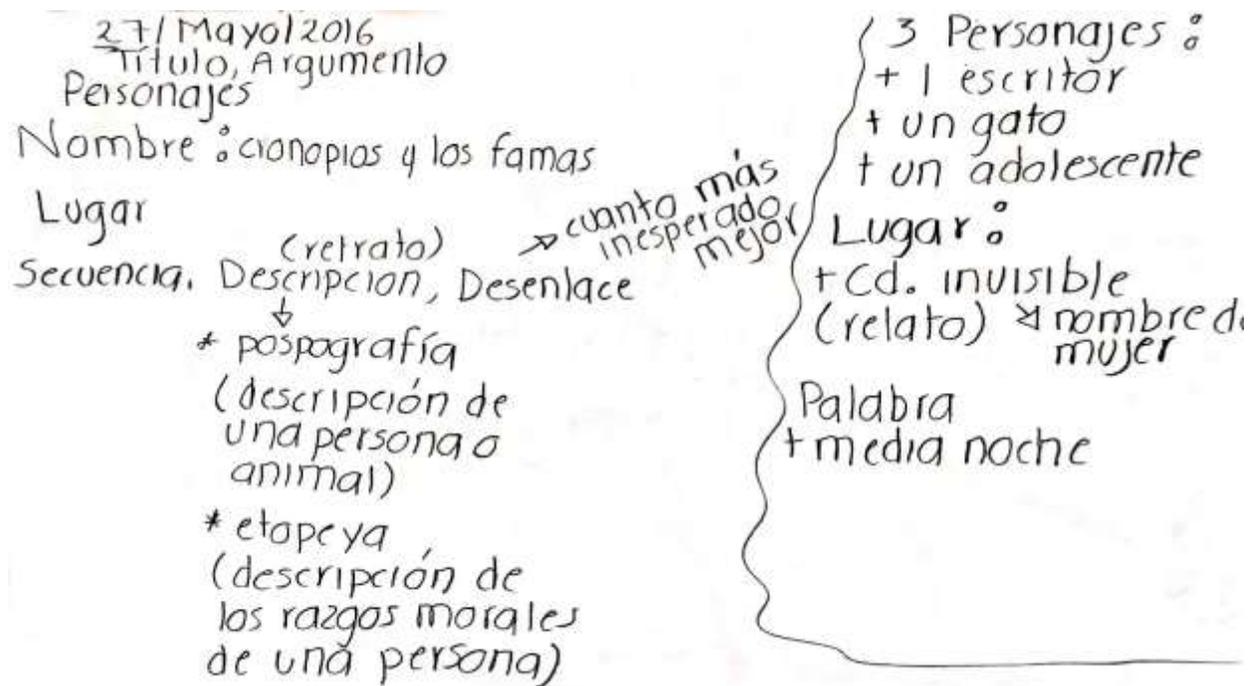
A.S. agrega algunas preguntas que no estaban en el formato original de la actividad, sin embargo, al hacerlo emerge momentos significativos a partir de la temporalidad situados en la etapa cuando ella era bebé, asimismo las demás referencias son acerca de su niñez de la cual no habla, es más casi siempre hace referencia en cualquier charla a su juventud. A la par tenemos la relacionalidad al hacer mención de la figura materna a la cual casi nunca se refiere y en un hecho relevante como lo es la primera aventura.

**Caso 11: usuaria L de 33 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

L, era pulcra en su aliño, parecía tener un trato amable, pero marcaba cierta distancia, hablaba siempre de su hermana, de los lugares a donde había viajado, o de lo que le pediría a sus padres que le compraran, pasaba los fines de semana en su casa. Tuvo un episodio mayor de depresión por lo que estuvo internada en una clínica especializada por algunos días.

Durante los horarios de comida y de tiempo libre le gustaba platicar en especial con los coordinadores, era muy participativa en los talleres sin embargo podía expresar inseguridad si consideraba que la actividad era difícil, sabía pedir o dar ayuda al momento de trabajar.

Producto elegido: del taller de lectura has tu cuento. Imagen 11.



Fuente: Elaboración Caso 11, año 2016.

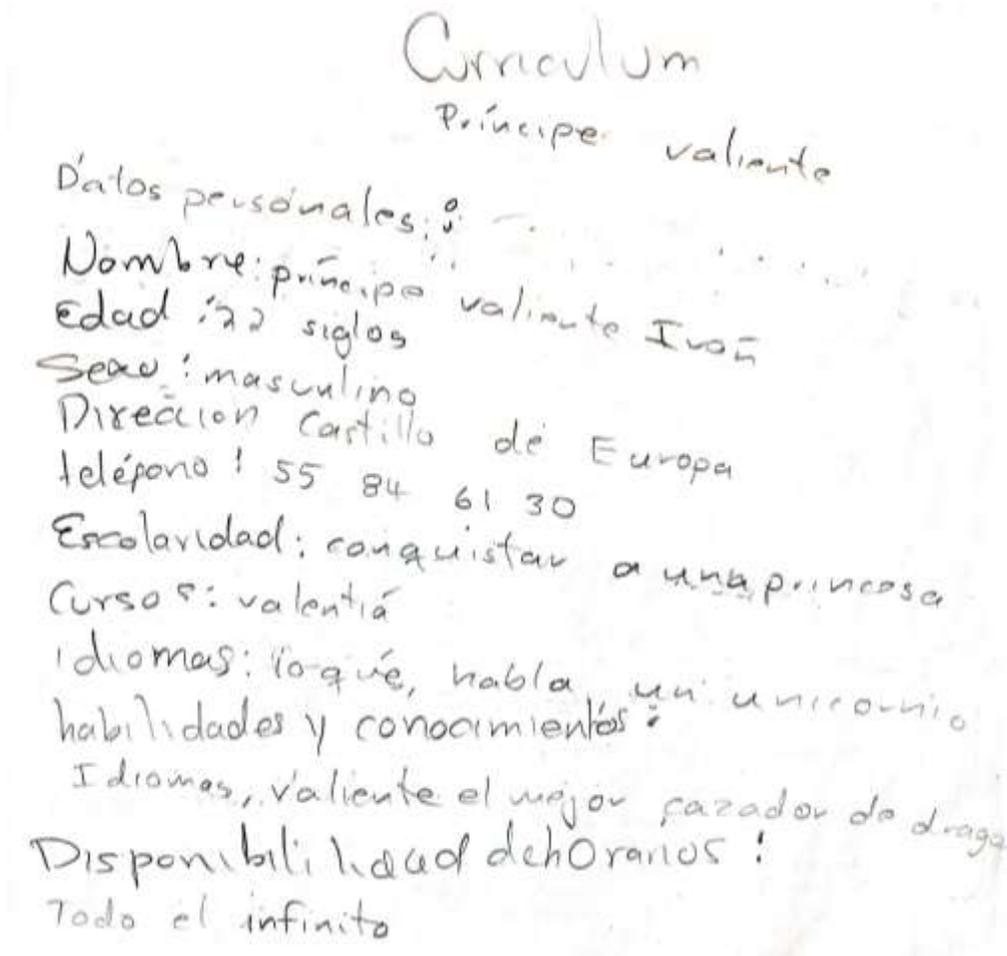
Partiendo de una breve introducción acerca de los elementos literarios que se encuentran en un cuento, se les pidió la elaboración de uno. En el caso de L, la relacionalidad con aquello que hace fuera de la Casa de Medio Camino.

**Caso 12: usuaria B, residente, de 59 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

B, tenía dificultad de compartir es espacio físico, si alguien iba a pasar por donde ella se encontraba se mostraba un tanto hostil, de forma recurrente expresaba algún malestar, a decir de los coordinadores tenía una conducta un tanto hipocondríaca, durante algún tiempo pintó y mostraba su material con cierto orgullo aunque este ya se encontraba casi inservible. Contaba con teléfono celular, el cual tenía dificultad para administrar las llamadas a su familia.

Había sufrido una fractura a causa de la osteoporosis, además de tener secuelas por la poliomielitis, sumado al sobre peso, dio como resultado que el médico sugiriera que no bajase las escaleras, por lo que su familia opto por contratar a una asistente que le acompañaba de 7:00 am a 2:00 pm, quién le ayudaba en todas las actividades desde el aseo personal, el desayuno, hasta las actividades de los talleres. Así que no pudo integrarse al grupo y las actividades las realizaba con su asistente, esto tuvo un impacto en los productos ya que la asistente reinterpretaba las indicaciones de la actividad, y con una tendencia a ser muy directiva.

Producto elegido: del taller de lectura, elabora tu curriculum. Imagen 12



Fuente: Elaboración Caso 12, año 2016

Relacionalidad, debido a que esta usuaria no estaba en condiciones de integrarse con el resto del grupo casi siempre realizaba la actividad con su cuidadora, la cual hacía una reinterpretación de las instrucciones de la actividad. En comparación de los otros trabajos, aquí el contenido es más libre, más auténtico, B se muestra creativa, logro captar la esencia de la actividad, cuando compartió su contenido se le notaba satisfecha de su resultado.

**Caso 13: P es usuario de 60 años, residente de la Casa de Medio Camino.**

P, gusta de escribir poesía, de hecho la escribía desde antes de que se presentara su discapacidad, incluso llego a participar dando lectura a sus poemas en un programa de radio. Con cierta frecuencia iba de visita a casa de una de sus hermanas, ahí tenía su máquina de escribir y cuando era día de visita se ponía a escribir. Otra cosa de gran significado para él, eran los caballos, al parecer en algún momento su familia llego a tener un caballo de carreras.

Era más bien reservado, conversaba poco, en los ratos libres se iba a recostar a su habitación, podía tener un trato educado, pero mentía si tenía la posibilidad, tenía dificultad en cuanto a realizar de forma autónoma su aseo personal había que recordarle constantemente que se estaba retrasando. Dentro de las actividades de los talleres su producción dependía si la actividad despertaba su interés, lo que consideraba difícil (si tenía que recurrir a sus habilidades cognitivas) trabajaba poco, en cambio si la actividad era de su agrado se concentraba más y terminaba la actividad.

Producto elegido: taller de introducción a las artes plásticas dibujo libre. Imagen 13



Fuente: Elaboración Caso 13, año 2016.

Realizo un dibujo de su caballo utilizando la técnica de collage, en donde la temporalidad emerge para recobra la experiencia del tiempo vivido, su vida antes de la discapacidad, por medio de uno de sus recuerdos más queridos, su caballo. La relacionalidad, que también emerge con su familia, su vida social, y su vida laboral, le hace recordad de forma positiva todos estos vínculos.

#### Caso 14: usuario J, de 22 años, semiresidente de la Casa de Medio Camino.

J es muy cordial en su trato, coopera en las actividades asignadas, es respetuoso con sus compañeros, aunque convive más con aquellos cuya discapacidad es menor. Por sugerencia de su terapeuta empezó a practicar natación y ciclismo lo cual disfrutaba mucho, podía salir sin acompañamiento a realizar todas sus actividades. Era pulcro con su persona, con mucha frecuencia se iba varios días con una de sus hermanas o a casa de sus padres.

En cuanto a su participación en los talleres lo hacía con interés y agrado, sabía dar apoyo a sus compañeros cuando se lo solicitaban, terminaba las actividades.

Producto elegido del taller de Lectura. Paisaje interior. Imagen 14.

- Escribe tu paisaje interior
- 1: Yo anhelo ayudar a muchos y deseo poder encontrar mi propia motivación lo suficientemente fuerte para hacer grandes cosas
  - 2: En los que he disfrutado de compañía de amigos mientras reímos y hacemos locuras.
  - 3: Mi mochila de ciclismo, es pequeña y cómoda.  
Mi mal carácter y problemas de límites de mi padre y demás de sus características malhumorados.  
La paciencia de mi madre y su capacidad de escuchar

Fuente: Elaboración Caso 14, año 2016.

La temporalidad proyectada en el futuro a través de la forma en que le gustaría trascender, la relacionalidad se manifiesta primero consigo mismo, expresando su deseo de pertenencia y después la dificultad para concretar un objetivo, en segundo lugar con sus pares y el hedonismo, posteriormente el vínculo complejo con su padre, en tanto que con su madre se siente más comprendido. La corporalidad surge en dos polos, en la dificultad que él mismo reconoce ante su estado de ánimo, mientras que en el opuesto la satisfacción de practicar un deporte.

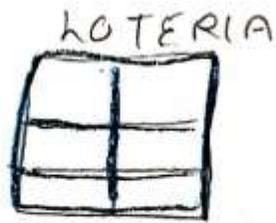
**Caso 15:** usuaria B.A. de 45 años, residente de la Casa de Medio Camino.

B.A. es muy cuidadosa de su imagen personal, se asea sin dificultad, llevaba siempre ropa limpia y combinada, se peina y maquilla, puede compartir el espacio físico. Todos los días recibía la llamada de su papá y le generaba cierta inquietud si no era dentro de un cierto horario. De forma ocasional salía a comer con su familia y la regresaban el mismo día. Alguna vez llego a mencionar su deseo de vivir en su casa, y que añoraba la intimidad de su propia habitación.

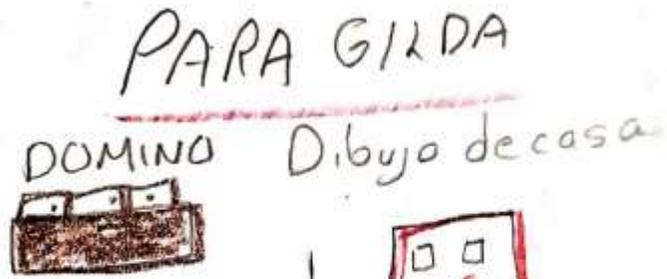
Gozaba de aceptación entre sus compañeros, es cortés en su trato, por lo general reservada aunque logra establecer una breve charla, es una lectora asidua en los espacios libres, gustaba de realizar las actividades de los talleres, solicitaba apoyo ante alguna dificultad.

B.A. realizó un dibujo a partir de las actividades que más le interesaron de los talleres. La relacionalidad emerge dentro del taller de juegos en el cual B.A. solicita apoyo ante alguna dificultad, se relaciona de forma positiva en los juegos que requieren de otros participantes, aporta comentarios o información en las actividades grupales como la lectura de revistas, lo más sobresaliente es el reconocimiento de la cualidad del talento. En la Espacialidad dentro del taller de Introducción a las Artes Plásticas selecciona un dibujo acerca de su casa de entre los distintos que se realizaron reforzando sus comentarios de querer estar en su casa.

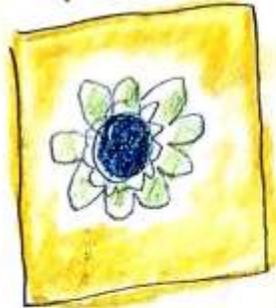
Producto elegido: dibujo libre. Imagen 15.



LECTURA

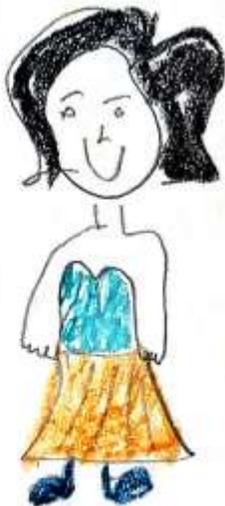


MANDALA



Aprendi de Gilda que tengo talentos

Gilda



FELICITACIONES

Fuente: Elaboración Caso 15, año 2016

La relacionalidad se ve reflejada en el dibujo que hace de su casa, lo significativo de los lazos con su familia que están implícitos. La relacionalidad consigo misma al reconocer sus logros, así como la diversidad de intereses que encontró dentro de los talleres y el manejo que hace de sus relaciones intrapersonales, pues lograba establecer un vínculo positivo con sus compañeros.

## 7 CONCLUSIONES

Dando respuesta a uno de los objetivos del presente trabajo que es la resignificación a partir del trabajo realizado dentro de una Casa de Medio Camino, en primer lugar habría que reconocer que a pesar de las limitaciones existentes como la falta de tiempo que tienen los coordinadores, debido a la sobrecarga de las actividades administrativas y de atención a los usuarios, al final hacen mucho con tan poco. La diversidad en cuanto a su población, así como las situaciones específicas que no permitieron que algunos usuarios tuvieran la misma atención dentro de los talleres, la necesidad de una mejora en la capacitación del Modelo Social de Discapacidad abriría nuevos canales para identificar aportaciones y limitación de este nuevo modelo. Por otro lado la recuperación de la experiencia a partir de los Talleres Programados y en donde el análisis fenomenológico permitió no solo identificar las categorías emergentes, sino que reveló como el usuario vivencia su participación, como enfrenta y resuelve aquello que se le demanda. Asimismo ayudó a destacar aspectos relevantes en cuanto a la implementación de las actividades, como por ejemplo en cuáles se sentían más cómodos, relajados logrando despertar su interés, aquellas que generaron una atmósfera de confianza permitiendo compartir pasajes significativos de su historia de vida, así como sus necesidades y conflictos, la recuperación de toda esta experiencia permite reconocer aciertos, y revalorar lo que puede mejorarse, inclusive como estas herramientas pueden utilizarse en otros espacios del quehacer profesional. Esta resignificación aporta diferentes elementos que enriquecerán nuevas intervenciones, buscando mejorar la experiencia del usuario, así como potencializar sus habilidades.

Dentro de este mismo marco hay que reconocer que la Atención en Salud Mental de las personas con discapacidad social ha recorrido distintas visiones, conceptos y respuestas para su atención. Sin embargo a través del tiempo han permanecido algunas constantes entre las que podemos encontrar; el abandono, la discriminación, la falta de medios de subsistencia adecuados, la exclusión (en los diferentes ámbitos sociales), el no tomar en cuenta las demandas del usuario,

marcos legales poco favorecedores, la reclusión como una acción terapéutica, la violación a sus derechos humanos. Como se puede apreciar es un fenómeno complejo en donde se identifican distintos actores; la familia, la sociedad, el Estado (Sistema de Salud, sistema educativo, leyes laborales, derechos jurídicos, espacios laborales adecuados), ahora bien dentro del trabajo de resignificación es necesario volver la vista hacia estas implicaciones como una forma de reconocer cuales han sido los avances, cuales las aportaciones que se han dado y cuáles son los temas pendientes dentro de la práctica cotidiana, ello implica una gran apertura de quienes trabajan con esta población para dar cabida a cada una de estas consideraciones, la realidad es que falta mucho camino por recorrer, es decir esta problemática no se reduce al manejo de un marco teórico, sino mayormente a la sensibilización de los actores involucrados, que los lleve a cuestionar el paradigma partiendo del mundo cotidiano de un usuario, y de quién brinda la atención. Estas esferas multidimensionales representan un enorme reto, sin embargo, es importante reconsiderar las referencias de los criterios tradicionales de eficacia y eficiencia en la búsqueda de un modelo exitoso de atención, puesto que no se está considerando una “cura” como tal, sino un cambio en el Modelo de Atención.

En este punto sería importante reconocer las aportaciones que hizo el Modelo Social de Discapacidad al escenario actual, y que son; igual valor en dignidad de la vida de una persona, la toma de decisiones por parte del usuario, con herramientas que fomenten el desarrollo de la autonomía, la valoración de la toma de decisiones sociopsicológicas, la participación plena en todas las actividades, y la inclusión desde la diferencia. También habría que considerar las limitaciones que este modelo tiene, en primer lugar la falta de profesionales de salud con formación en el Modelo Social de Discapacidad, la sensibilización a la familia nuclear, y a los demás actores sociales ( sector educativo, laboral, de salud) un cambio sin duda que será paulatino. Como ya se mencionó con anterioridad, un aspecto vital es el enorme aparato que representa el Sistema de Salud, con un personal que recibió su formación profesional desde el Modelo Rehabilitador, y el cuál realiza un gran esfuerzo a pesar de todas las carencias que enfrentan. En este rubro habría que incluir la formación profesional dentro de las universidades y cuyo enfoque sigue siendo el paradigma

tradicional, por ello se hace necesario reconocer los aspectos poco favorables, para abrir la posibilidad buscar alternativas para subsanar todos estos escollos.

Es así como la suma de los aspectos anteriores representan grandes retos para trabajar a partir del Modelo de Discapacidad Social, y teniendo en primer plano la formación de nuevos profesionales de la salud con el conocimiento de este nuevo modelo, en segundo lugar la capacitación del personal que ya labora en la atención en salud mental. A la par se requiere de sensibilizar a la población en general, para que cuestione su papel, así como los aportas que pueda realizar bajo este nuevo modelo.

Por último podemos establecer algunas recomendaciones enfocadas a la mejora en la atención con los usuarios.

Como profesionales de la salud reconocer la necesidad de estar abiertos a distintas perspectivas que fortalezcan nuestro quehacer, ya que es indispensable la búsqueda de nuevas formas de reflexión acerca de los constructos en los que cimentamos las intervenciones, así como reflexionar para abrir debates, intercambiar experiencias, replantearnos todo aquello susceptible de modificarse, además difundir toda nueva información.

A los espacios de trabajo denominados Casa de Medio Camino, la capacitación para todo el personal que tiene contacto con el usuario, desde el personal de intendencia, hasta los coordinadores y sensibilizar a los familiares de los usuarios.

A nuestra universidad, la difusión de este nuevo Modelo de Atención, no solo para los alumnos, sino para el personal docente, todas estas miradas pueden realizar valiosas y necesarias aportaciones.

Por último a la comunidad, la sensibilidad para permitirse conocer nuevas formas de vincularse con las personas con diversidad funcional.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de:
2. <https://www.paho.org/tierra/index.php/subject-matters/documents/carta-ottawa-promocion-salud>
3. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Egea, Carlos, Sarabia, Alicia.
4. [https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia\\_clasificaciones.pdf](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf)
5. M. Barbero Richard (1997) Códices etnográficos: *El código Florentino*  
<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/5990/C%C3%B3dices%20Etnogr%C3%A1ficos.%20El%20C%C3%B3dice%20Florentino.pdf?sequence=1>
6. S. Rebodello Moller, M.J. Lobato Rodríguez; *Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores, y personas afectadas*. Ed. Aula Médica, España. Recuperado de:  
[https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/afrontar\\_esquizofrenia\\_una\\_guia\\_familiares\\_cuidadores\\_personas\\_afectadas.html](https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/afrontar_esquizofrenia_una_guia_familiares_cuidadores_personas_afectadas.html)
7. Frisancho, O. (2012) Artículo histórico. *Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica*
8. Matson, J, Matson, L (2015) *Comorbid Conditions in Individuals with Intellectual Disabilities*. Recuperado de:
9. <http://link.springer.com.pbidi.unam.mx:8080/book/10.1007%2F978-3-319-15437-4> doi: 10.1007/978-3-319-15437-4
10. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, julio 21-25 (1997)
11. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
12. López de Roda, A, Sánchez, (2001) E.; Psicothema, *Estructura social, apoyo social, y salud mental*. Vol.13, no.1, pp 17-23 Recuperado en:  
<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7841/7705>

13. Palacios, Agustina (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Colección CERMI ES no.36
14. <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
15. Jorge A. Victoria Maldonado (2013); *El Modelo Social de la Discapacidad: una cuestión de derechos humanos*.
16. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332013000300008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008)
17. L. Mangrulkar, C.V. Whitman, M. Posner (2001); *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*.
18. [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf)
19. Vásquez Cardozo, S; Solano Murcia, M I; (2014). *Familia, en la salud y en la enfermedad mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43() 194-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635719004>
20. Guía de Consulta de los Criterios de Diagnósticos del DSM-5. Recuperado de: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)
21. Rascón, M.L. Hernández, V. Casanova, L. Alcántara, H. Sampedro, A. (2011) *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. Recuperado de: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia\\_psicoeducativa.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf)
22. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10 (2010). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*, Ed. Médica Panamericana; México, 4° reimpresión

[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT  
MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf)

23. *Hacia una formulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Cuadernos Técnicos, 16; Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría; Madrid, España 2012. Recuperado de:  
<https://consaludmental.org/publicaciones/Haciareformulacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>
24. Tsakanikos, E, McCarthy, J. (2014) *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability*. Recuperado de:  
<http://link.springer.com.pbidi.unam.mx:8080/book/10.1007%2F978-1-4614-8250-5> doi: 10.1007/978-1-4614-8250-5
25. Tornero, A.(2010) *Letras 52, Identidad Narrativa y Alteralidad en el tornavoz de Jesús Gardea*. (82) pp19-45 Recuperado de:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0459-2832010000200001&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0459-2832010000200001&script=sci_arttext&tlng=es)
26. Organización Mundial de la Salud (2011) Resúmen. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Recuperado de:  
[https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
27. Cardoso, Marco Antonio, Pascual, Rafael, Moreno, Gloria, Figueroa, María, Serrano, Carlos (2007). *Investigación cualitativa y fenomenológica en Salud*. Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 10(1-2): 25-32, 2007. Recuperado de:  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32887>
28. GG Muñoz (2011) *Revista Sans Soleil. Reflexiones sobre la obra de Martín Ramírez* – Estudios de la Imagen, N° 3, 2011/2012, pp. 144-152. Recuperado de:  
[https://scholar.google.pt/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=+reflexiones+sobre+la+obra+de+martin+ramirez&btnG=](https://scholar.google.pt/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=+reflexiones+sobre+la+obra+de+martin+ramirez&btnG=)

29. Secretaria de Salud (2009). *Manual Habilidades para la Vida*. p. 1-28  
Recuperado de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/nvhabilidades\\_manual.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_manual.pdf)
30. Naciones Unidas. *Quinto examen y evaluación quinquenal del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad* (2008) Recuperado de:  
<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opedocpdf.pdf?reldoc=y&docid=49a3b6ff2>
31. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Previsión y Promoción de la Salud (2017)  
<http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2017/MOE-STCNSMENTAL.pdf>
32. Valencia, Marcelo (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*. Día Mundial de la salud mental 2007. *Revista Salud Mental No.2*, p.75-77.  
Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3002/sm300274.pdf>
33. M. Souza y Machorro, D. Lenin Cruz Moreno; *Salud Mental y Atención Psiquiátrica en México*; Revista de la Facultad de Medicina UNAM; vol. 53 (6) Noviembre- Diciembre 2010, 17-23 Recuperado de:  
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf>
34. Guías de Educación Sanitaria; Entendiendo la Esquizofrenia. *Una guía para las personas que sufren la enfermedad y sus familias*. no. 8 Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, España. Recuperado de:  
<http://docplayer.es/10578090-Entendiendo-la-esquizofrenia.html>
35. Gutierrez, Juvenal, Gutierrez, Mónica. Revista Mexicana de Neurociencia Julio Agosto, (2009); 10(4):294 300 . Historia de la medicina. *Organización Médica Mexica (Azteca) y sus tratamientos con énfasis en la epilepsia*.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44411>
36. Rodriguez, J, (2007) Revista Psiquiátrica Uruguaya, *La atención de la salud mental en Latinoamérica y el Caribe*, 71(2):117-124. Recuperado de:  
[http://spu.org.uy/revista/dic2007/04\\_asm.pdf](http://spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf)
37. Forcat, J, Conroy, C. *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*. Ed. Alianza (2003)

<https://ayciunr.files.wordpress.com/2014/08/bajtin-mijail-la-cultura-popular-en-la-edad-media-y-el-renacimiento-rabelais.pdf>

38. Soto, C., Vargas, I. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados*. 21(48) Recuperado de:  
<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n48-la-fenomenologia-de-husserl-y-heidegger>
39. Torres, Francisco, Torres, Marisela, Ávila, Silvia, Pérez, Jorge. *La salud pública en el México Prehispánico. Una visión desde la Salud Pública actual*. Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 17(1): pp 48-60, 2014  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre141f.pdf>
40. Sandoval, Juan, Richard, María. (s/f) *La Salud Mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Recuperado de:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
41. Primero, L, Biagani, M, (2017). La nueva epistemología y la salud mental en México. Horizontes educativos, UPN, México. Recuperado de:  
<https://www.gob.mx/upn/prensa/la-nueva-epistemologia-y-la-salud-mental-en-mexico-125778>
42. Rivera, José Antonio. *La situación de la salud pública en México (1870-1960)*. Rev Hosp Gral M Gea González, vol. 6, no. 1, enero-abril, pp. 40-44 (2003)  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2003/gg031f.pdf>
43. Jaen, María Teresa, Murillo, Silvia (2005). *Estudios de Antropología Biológica. Las enfermedades en la cosmovisión prehispánica*. XII: 871-896, México, 2005.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/19167>
44. OMS, (2004) *Promoción de la Salud Mental*, Conceptos, Evidencia emergente, Práctica, Francia. Recuperado de  
[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
45. OMS (1988) *Promoción de la Salud Glosario*. Recuperado de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=9F7C2416121D5587EE10EE2A84C2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=9F7C2416121D5587EE10EE2A84C2)

46. Secretaria de Salud (2015). Programa Sectorial de Salud. *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018* Recuperado de:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>

# **A N E X O S**

**Facultad de Psicología, UNAM. Servicio social**  
**Título: Taller de juegos**

**Coordinadora:** Miriam

<b>Institución</b> Casa de Medio Camino	<b>Dirigido a:</b> Residentes de Casa de Medio Camino A.C.
<b>Fecha:</b> 22 y 27 de febrero. 7, 14, 21.28 de marzo	<b>Tiempo de la sesión:</b> 1 hr. <b>Horario</b> 11:30 a 12:30

**Tema 1: Juegos**

**Objetivo Particular:** Crear un espacio de interacción social, para compartir y comunicar diversos temas, intercambien ideas. Para reconocer que jugar con los demás, es más importante que “jugar contra los demás”.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Recreación	Dar lugar a la liberación de la tensión propias de cada paciente Eliminar la pasividad	Juegos de mesa: cartas,	Cartas	1 sesiones	Gilda	
Recreación	Ayuda para mantener las capacidades funcionales	domino y damas chinas	Domino cubano Domino Damas chinas	2 sesiones		
Memoria y lenguaje	Concentrarse, recordar, organizar y prestar atención	Juego de preguntas y respuestas para descubrir al personaje histórico.	Plumón y pizarrón	1 sesión		
Memoria y lenguaje	Concentrarse, recordar, organizar y prestar atención	Juego de preguntas y respuestas para descubrir al personaje fantástico.	Plumón y pizarrón	2sesiones		Detectar si se presentó algún cambio en su actividad



**Facultad de Psicología, UNAM. Servicio social**  
**Título: Taller de juegos**

Coordinadora:   Miriam  

Institución Casa de Medio Camino	Dirigido a: Residentes de Casa de Medio Camino A.C.
Fecha: 6, 13, 20, 27 de junio	Tiempo de la sesión: 1 hr. <span style="float: right;">Horario 11:30 a 12:30</span>

Sesiones 1-4 \_\_\_\_\_: **Tema 1: Juegos**  
**Objetivo Particular:** Crear un espacio de interacción social, para compartir y comunicar diversos temas, intercambien ideas. Para reconocer que jugar con los demás, es más importante que “jugar contra los demás”.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
	ASESORIA				Gilda	
	Vacaciones de los residentes					
Estrategias para la solución de problemas.	Estimular sus capacidades, destrezas y habilidades tanto de forma oral como escrita, analizar instrucciones, mejorar sus capacidades de comprensión. Fortalecer sus habilidades intrapersonales e interpersonales.	Realizar un crucigrama eligiendo una de las tres letras de cada opción	Crucigrama, lápices, gomas.	1 sesión		
Asociación y retención.	Desarrollo del vocabulario Contribuir al aumento de los significados. Trabajo cooperativo Participación activa	Resolver un anagrama	Anagrama, lápices, gomas, pizarrón, plumón	1 sesión		















**Facultad de Psicología, UNAM. Servicio social  
. Título: Taller de lectura**

**Coordinadora:**     Miriam    

<b>Institución Casa de Medio Camino</b>	<b>Dirigido a: Residentes de Casa de Medio Camino A.C.</b>
<b>Fecha: 1, 8, 15, 22, 29 de julio</b>	<b>Tiempo de la sesión: 1 hr. Horario 11:30 a 12:30</b>

**Sesiones 1-4 \_\_\_\_\_:**                      **Tema: Fomentar la lectura.**  
**Objetivo Particular: la estimulación en está área se dirige a mejorar el funcionamiento cognitivo en general: memoria, lenguaje, atención, concentración, percepción, abstracción.**

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Temas; tecnología, ciencia.	• Búsqueda de nuevos intereses	Lectura de revista Muy interesante	Revistas Muy interesante	1 hr	Gilda	
Atención, concentración, lenguaje.	• Estimular las capacidades cognitivas de los participantes	Lectura de revista National Geographic	Revistas N.G.			
Conservación de capacidades	• Comunicación verbal,, comprensión del texto, capacidad d de síntesis	Lectura gaceta de la UNAM	Gacetas de la UNAM Revistas muy interesante	1 hr		
Acercamiento a temas actuales. Comunicación Reflexión	Mejorar sus habilidades cognitivas. Trabajar con sus habilidades para la vida, las relaciones interpersonales e intrapersonales	Lectura de la revista Muy interesante	Revista N.G.	1 hr		
Entretenimiento Información	Desarrollar proceso de simbolización posibilitando la expresión de inquietudes, deseos, afectos.	Lectura de la revista National Geographic				

**Facultad de Psicología, UNAM. Servicio social  
. Título: Taller de lectura**

Coordinadora: Miriam

Institución Casa de Medio Camino	Dirigido a: Residentes de Casa de Medio Camino A.C.
Fecha: 5, 12, 19 de agosto	Tiempo de la sesión: 1 hr. Horario 11:30 a 12:30

Sesiones 1-4 \_\_\_\_\_: Tema: Fomentar la lectura.  
Objetivo Particular: la estimulación en esta área se dirige a mejorar el funcionamiento cognitivo en general: memoria, lenguaje, atención, concentración, percepción, abstracción.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Temas; tecnología, ciencia.	• Búsqueda de nuevos intereses	Lectura de revista Muy interesante	Revistas interesantes	1 hr	Gilda	
Atención, concentración, lenguaje.	• Estimular las capacidades cognitivas de los participantes, comunicación escrita	Animación a la lectura: Taller de Vicentito	Lápices, hojas y archivo			
Conservación de capacidades, acercamiento a temas actuales	• Comunicación verbal,, comprensión del texto, capacidad d de síntesis.	Lectura National Geographic o revista Muy Interesante	Revistas muy interesantes Revista N.G.	1 hr		









**Facultad de Psicología, UNAM. Servicio social  
. Título: Taller de arte**

**Coordinadora:**     Miriam    

<b>Institución Casa de Medio Camino</b>	<b>Dirigido a: Residentes de Casa de Medio Camino A.C.</b>
<b>Fecha: 6, 13, 20, 27 de julio.</b>	<b>Tiempo de la sesión: 1 hr. Horario 11:30 a 12:30</b>

**Sesiones 1-4 \_\_\_\_\_: Temas diversos**  
**Objetivo Particular: Incentivar la actividad creativa más que el resultado estético.**

<b>SUBTEMA</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Organizar su pensamiento. Creatividad Recreación	Integrar materiales de forma distinta Jugar con ideas, inventar.	Mosaico de papel de china	Hojas, papel de china, resistol	1 sesión	Gilda	
Conservar capacidades Psicomotricidad Fina.	Conocer distintas formas de expresión.	Hojas con impresiones de alguna de las obras de Gaudi, para iluminar	Hojas, lápices de color, pastel, acuarela.	1 sesión		
Ampliar repertorio de expresiones, dibujo comunicativo.	Posibilitar la expresión emocional y del mundo interno Facilitar la autoexpresión. Poder comunicar sentimientos	Técnica libre, realizar un dibujo en el que exprese algún evento significativo de su niñez	Hojas, lápices, acuarelas, crayolas, pastel.	1 sesión		
Dibujo comunicativo ampliar el repertorio de expresiones	Espacio potencial para la manifestación plástica.	Recreando a través de Frida Kahlo	Hojas, lápices, pastel, acuarela.			



## **ANEXO 4. Actividades del Taller de juegos.**

### **Actividad. ACERTIJOS.**

1. Un hombre entra en un bar y pide un vaso de agua en la barra. Pero el camarero se agacha a buscar algo, saca un arma y le apunta al hombre que le acaba de hablar. Inmediatamente baja el arma. El hombre le da las gracias y se va.

¿Por qué le agradece?

2. Un hombre aparece muerto en un campo, junto a un paquete sin abrir. No hay ninguna criatura cerca, pero sabemos que, a medida que se acercaba, él sabía que iba a morir.

¿Qué le pasó?

3. Cinco pedazos de carbón, una zanahoria y un gorro están tirados en el césped del jardín. Nadie los tiró allí, pero hay una razón lógica para que se encuentren en ese lugar.

¿Cuál es la razón?

4. Una mujer tuvo dos hijos a la misma hora, el mismo día del mismo año; pero no tuvo gemelos ni mellizos.

¿Cómo puede ser?

5. Un hombre muere y llega al cielo. Allí encuentra a miles de personas que no puede reconocer, pero ve a un hombre y una mujer, y, aunque es ateo, sabe que son Adán y Eva.

¿Cómo los reconoció?

6. La policía atiende una llamada anónima, y se dirige a una casa para arrestar a un supuesto asesino. No saben cómo es, solo saben que se llama John y que está allí dentro.

Apenas abren la puerta, encuentran a cuatro personas jugando a los naipes: una que maneja un camión, otra que trabaja en un taller mecánico, una que se dedica a la carpintería y otra que trabaja en un cuartel de bomberos.

Saben inmediatamente que tienen que arrestar al bombero.

¿Cómo lo identificaron?

7. Alguien va manejando por la ruta una noche oscura y tormentosa, y encuentra tres personas en la parada de un autobús. Una es una anciana a la que no parecen quedarle muchos años de vida. Otro es su gran amigo de la infancia, y siente que la tercera es el amor de su vida. Solo hay lugar para uno más en el auto.

¿Qué debe hacer?

8. ¿Cómo puede alguien tirarse por la ventana de un edificio de 20 pisos y sobrevivir?

9. Hay seis huevos en una canasta. Seis personas toman un huevo cada una.

¿Cómo puede quedar aun un huevo en la canasta?

10. Un hombre ve un largo número de 50 cifras escrito en un papel, y dice que puede escribirlo de nuevo de memoria, sin consultar el original una sola vez. ¿Cómo puedo recordarlo tan rápido?

## RESPUESTAS:

1. El mesero se dio cuenta de que el cliente tenía hipo, y en lugar de agua, le dio un susto.
2. La caja era un paracaídas, que no se abrió cuando el hombre saltó de un avión.
3. Son los restos de un muñeco de nieve que se derritió.
4. En realidad tuvo trillizos.
5. Son los únicos que no tenían ombligo.
6. Era el único hombre de los cuatro, las otras tres eran mujeres.
7. Puede darle las llaves del auto a su amigo, ayudar a subir a la anciana, y quedarse esperando, junto al amor de su vida, en la parada del autobús.
8. Saltó por la ventana del primer nivel.
9. El último se lleva la canasta, con el huevo dentro.
10. Era un número con cifras iguales, como "10000000000" o "55555555".

## **Actividad. JUEGOS DE INTEGRACIÓN.**

Dinámicas.

### 1) El mundo

Objetivo: animación, concentración

Materiales: pelota de papel o pañuelo anudado

Tiempo: 15 a 20´

Participantes: ilimitado

Desarrollo:

Es una dinámica corta, que se puede realizar en cualquier momento de un taller, cuando se constata cansancio o disminución de la atención. L@s participantes se ubican en círculo. Quien coordina explica que va a lanzar la pelota diciendo uno de los siguientes elementos: aire, tierra, agua. La persona que recibe la pelota debe devolverla en menos de 5 segundos, mencionando el nombre de algún animal que pertenezca al elemento indicado. Y así sucesivamente. Quien se equivoque o se dilata más tiempo para contestar pasa a dirigir la dinámica. De vez en cuando, en lugar de señalar uno de los tres elementos, la/el coordinador(a) puede decir ¡Mundo! Entonces, tod@s deben cambiar de lugar.

### 2. Canasta revuelta

Objetivo: presentación y animación

Materiales: Sillas

Tiempo: 15 a 20´

Participantes: ilimitado

Desarrollo:

Tod@s l@s participantes forman un círculo con sus respectivas sillas. El o ella que coordina queda al centro, de pie. En el momento que el o la coordinador(a) señale a cualquiera diciéndole ¡piña! este debe responder el nombre del o de la compañer@ que esté a su derecha. Si le dicen ¡naranja!, debe decir el nombre del o de la compañer@ que tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de tres segundos en responder, pasa al centro y el o la coordinador/a ocupa su puesto. En el momento que la persona que está dirigiendo dice ¡canasta revuelta! Tod@s deberán cambiar de sillas, el o ella que se queda sin silla continua coordinando el juego.

Recomendaciones:

Esta dinámica debe hacerse rápidamente para mantener el interés y porque cada vez que diga:

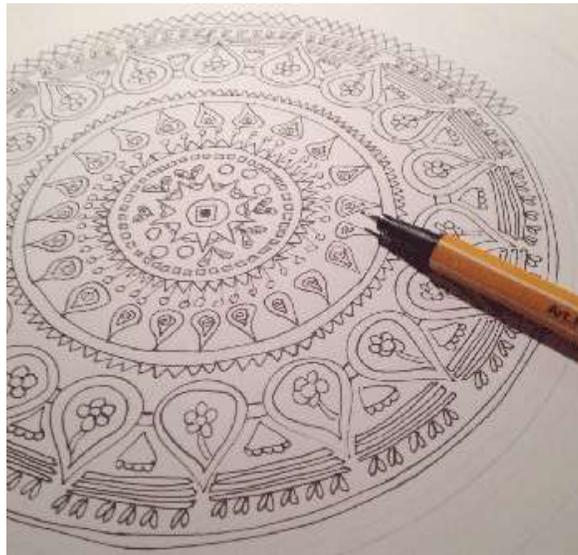
¡Canasta Revuelta! El nombre del o de la vecina cambiaría. Esta dinámica es válida para reforzar el conocimiento de los nombres de l@s participantes.

## **ANEXO 5. Actividades del Taller de introducción a las artes plásticas.**

### ***Actividad. INTRODUCCIÓN PARA REALIZAR TU MANDALA.***

Los mandalas cada día se hacen más conocidos y llaman la atención de personas de todas las edades. Lo que no todos saben es que éstos tienen una interpretación según su forma y color, pasando a ser poderosos aliados en meditación como en sanación.

El mandala tiene su origen en India y su nombre en sánscrito significa **“círculo o rueda”**, pasando a representar su característica básica, aunque pueden ser de diferentes formas incorporando todas las figuras geométricas.



Para los Budistas, su función es la meditación. No obstante, el proceso más importante para ellos es la “creación” de éstos por ser un camino “recorrido” que muestra las vivencias del momento de quien lo diseña y siendo la vía de *conexión entre el hombre y la divinidad*, tanto en el proceso de creación, al tenerlo para observación o como adorno.

“Desde el punto de vista espiritual es un centro energético de equilibrio y purificación que ayuda a transformar el entorno y la mente de quien medita en ellos”



Fotos y mandala: @paucori

Su diseño es libre y su significado dependerá de sus formas y colores.

Para quienes se animen a trabajar con ellos acá detallaremos sus significados:

**Formas y su significado:**

**Círculo:** lejanía pero también seguridad, lo absoluto y el verdadero “yo”.

**Cuadrado:** equilibrio y estabilidad.

**Triángulo:** relacionado con el agua, la transformación y vitalidad.

**Espiral:** energías curativas

**Cruz:** símbolo de decisiones y se relaciona con los puntos cardinales.

**Corazón:** la unión, el amor, la felicidad.

**La estrella:** relacionada con la libertad y espiritualidad.

**Pentágono:** representa los símbolos de la tierra, agua y fuego, así como la forma del cuerpo humano.

**Hexágono:** equilibrio y unión de los contrarios.

**Mariposa:** relacionada con la transformación, muerte y la auto renovación del alma.

**Laberinto:** confusión, autorreflexión y la búsqueda del centro de uno mismo.

**Significado de los colores:**

**Negro:** relacionado con la tristeza, la muerte, lo profundo, la ignorancia y el misterio.

**Blanco:** purificación, iluminación. Es el color de la perfección. De la nada o el todo por hacer.

**Verde:** relacionado con la naturaleza, esperanza, crecimiento, felicidad y libertad.

**Azul:** paz, alegría, serenidad y satisfacción.

**Gris:** calma, espera, neutralidad, sabiduría y renovación.

**Rojo:** energía pura vital, pasión y sensualidad.

**Naranja:** energía, dinamismo, ternura, valor y ambición.

**Amarillo:** simpatía, color del sol y la luz.

**Rosado:** altruismo, dulzura, paciencia.

**Morado:** contemplación, amor al prójimo. Idealismo y sabiduría.

**Violeta:** transformación, magia, espiritualidad e inspiración.

**Plateado:** capacidades psíquicas, emociones fluctuantes.

**Dorado:** sabiduría y lucidez.

### ***Actividad. ARTE CONCEPTUAL***

Obra conceptual de la artista chilena Bruna Truffa (1963) quien forma parte de la "Generación Emergente de Artistas Visuales". En esta Cajita feliz se presentan diversos objetos que aluden de un modo singular a la realidad nacional.

Se hablará sobre lo que es el arte conceptual, en donde el significado de la idea es lo más relevante de la obra.

Se les presentara varios ejemplos de estas obras.

Para su trabajo se reformulara este concepto y para hacerlo más significativo, van a elegir un objeto que represente un momento importante, o que les recuerde una situación feliz de su vida.

Nota: Debido a lo extenso de la introducción está actividad se realizara en dos sesiones.