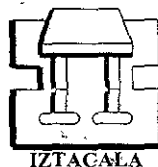


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA



**“EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO
EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA”**

**PRESENTA ESTA TESIS CON EL FIN DE OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA:**

GONZÁLEZ VELÁSQUEZ MAGDALENA DE LA CRUZ

No. DE CUENTA: 9258353-5

GENERACIÓN: 92-95

COMISION DICTAMINADORA:

- LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE
- LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN
- LIC. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS
- LIC. ESTELA FLORES ORTIZ
- LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CASARES

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO; OCTUBRE DEL 2000

287441



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.

A Mis Padres:

Magda y Pedro que por medio de su amor me llevaron de la mano y me pusieron en el camino correcto cuando era pequeña, porque me enseñaron a respetar y querer a los demás, porque me apoyaron e impulsaron para alcanzar mis metas y gracias a ellos pude concluir mis estudios y enfrentarme a mi vida profesional y personal, porque me han dado la riqueza más grande que se puede ambicionar "La Vida, la Inteligencia y la Fortaleza", tan necesarias para triunfar.

A Mis Hermanas:

Julia Dolores, Cecilia, Maria Teresa, Ernestina y Fabiola porque me han aportado a lo largo de nuestras vidas experiencias y vivencias que han enriquecido mi formación afectiva, como persona, como estudiante y como profesionista. Gracias por su amor, comprensión y apoyo.

A Mis Amores:

Ricardo, Toly y Melvis gracias porque con su atención, su comprensión, su dedicación y su tiempo han escuchado y alentado todos mis anhelos, siempre motivándome para ser cada vez mejor, estando siempre cerca de mi.

A mis Sobrinos:

Guillermo, Fernando, Cesar, Diego Pedro y Pedrito porque con su ternura me engrandecieron, porque con sus preguntas entendí que el estudio es de gran importancia en tu desarrollo, porque a través del juego pude convivir y conocerlos ofreciéndome la transparencia que los niños poseen y que no se debe perder.

A Mis Amigos:

Laura, Verónica, etc., gracias por la convivencia que se dió entre nosotros, por el tiempo que me brindaron en la escuela, por las experiencias que compartimos y me engrandecieron como persona, estudiante y profesionalista.

A Los Pacientes del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”

Pepe, al Abuelo y a todos. Porque gracias a ellos comprobé nuevamente que el haber estudiado esta carrera, fue la mejor decisión, porque he tenido la oportunidad de aplicar mis conocimientos que les han ayudado en su recuperación y tratamiento, porque también se me ha dado el privilegio de brindarles un trato más humano y con amor. Porque mi consolidación como profesionalista es por ellos.

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN. 1

JUSTIFICACIÓN. 10

CAPITULO 1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA. 13

1.1 Definición de la Psiquiatría. 13

1.2 Historia de la Psiquiatría en México. 15

1.3 Etapa Prehispánica. 15

1.4 Etapa Independiente. 18

1.5 Orígenes del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”. 23

CAPITULO 2. ORIGEN DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. 24

2.1 Definición de la Rehabilitación. 25

2.2 Definición del Concepto de Rehabilitación. 26

2.3 Rehabilitación Psiquiátrica. 28

2.4 Derechos del Paciente Psiquiátrico. 33

2.5 Actividades Preventivas. 34

2.6 Actividades Curativas. 34

2.7 Actividades de Rehabilitación Integral. 37

2.8 Derechos Humanos y de Respeto a la Dignidad de los usuarios. 38

2.9 Enfoque Conductual. 42

CAPITULO 3.	RETRASO MENTAL.	46
3.1	Deficiencia Mental.	46
3.2	Las Causas Biológica del Retraso Mental.	47
3.3	Factores Hereditarios que Influyen en el Retraso Mental.	47
3.4	Causas Patógenas Prenatales.	48
3.5	Factores Hormonales e Intoxicaciones Endógenas.	49
3.6	Otras Condiciones Patógenas de la Gestión.	49
3.7	Causas en Relación con el Parto.	50
3.8	Clasificación de los Retrasos Mentales.	50
3.9	Tres Criterios Principales.	51
3.10	Clasificación del Retraso Mental, según Davison.	52
3.11	Personalidad del Débil.	55
3.12	Descripción Clínica.	57
3.13	El Retraso Profundo.	58
3.14	Descripción Clínica.	58
3.15	El Adulto Retrasado Mental.	59
CAPITULO 4.	EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.	61
4.1	La Psicología en México.	61
4.2	Situación Actual.	67
4.3	El Trabajo del Psicólogo en el Departamento de Rehabilitación.	69
4.3.1	Objetivos Específicos para las Actividades que realizan diariamente.	69

	<u>PÁGINA</u>
METAS.	74
EVALUACIÓN.	75
ANEXOS.	81
CONCLUSIONES.	86
BIBLIOGRAFÍA.	88

RESUMEN

El presente trabajo es una revisión bibliográfica de diferentes autores, sobre el tema del Trabajo del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico, fundamentado en la rehabilitación psicosocial.

En el Primer Capítulo se comparan las definiciones que existen sobre la Psiquiatría, así como también la historia de la Psiquiatría en México, desde la etapa *Prehispánica hasta la actualidad*, dando un panorama de cómo eran vistas las enfermedades mentales (los poseídos por el demonio, o los castigados por Dios) y cuál era la forma como ellos las curaban. Se menciona la fundación de los hospitales psiquiátricos, la “Operación Castañeda” y la integración de los usuarios a los nuevos *modelos de hospitalización psiquiátrica*.

En el Capítulo 2, se habla de los orígenes y evolución de la rehabilitación psicosocial, también se abordan temas sobre rehabilitación psiquiátrica; así como los elementos que los conforman, se explica cuáles son los tratamientos psicofarmacológicos, la terapia individual, grupal y ocupacional ejecutadas en una institución psiquiátrica.

Asimismo, cabe hacer mención que en este segundo capítulo se aborda la importancia que tienen las corrientes conductistas como coadyuvante en los logros terapéuticos con el paciente psiquiátrico.

El Capítulo 3, trata las definiciones más sobresaliente sobre las causas y orígenes del retraso mental; así como sus tipos y características, tales como R.M.M., R.M.G. y R.M.P.

Por último, en el Capítulo 4 se describe el surgimiento y evolución de la psicología en México; así como el rol del Psicólogo dentro del Area de Rehabilitación junto con los programas que desarrolla con el PAC. con R.M.

La Psiquiatría ha tenido su raíz en el pasado. Para el hombre primitivo las enfermedades se debían a las influencias de fuerzas que actúan sobre el cuerpo y se consideraban sobrenaturales (los espíritus del mal, las brujas, los demonios, los dioses y los magos). Estas explicaciones se daban cuando se manifestaban irregularidades en la conducta. Estas especulaciones son derivadas de las experiencias personales y de convivencias con los enfermos. Las curaciones se realizaban por medio de rituales de forma exagerada por parte de los curanderos. (Klob, 1971)

La efectividad del método terapéutico se basaba en que el paciente se identificara con el curandero, *así como también el trance era otro medio muy común en los pueblos primitivos*. En algunas tribus las “enfermedades mentales” eran incluidas en la fijación de la atención en objetos de manera semejante al estado hipnótico.

En los casos que se presentaban, el hechicero trataba de encontrar el alma perdida o se atribuía a ahuyentar al demonio y luego regresar el alma al cuerpo.

En esta gama de eventos sobrenaturales de la conducta humana y su evolución de los mismos, diferentes pueblos como Egipto, India, China, Grecia y Roma muestran el comienzo y esa diversidad de pensamientos y acciones en las enfermedades mentales.

Para Hipócrates la clasificación de las enfermedades mentales supone se dividían en: manía, (humor predominantemente exaltado, irritable o suspicaz de carácter claramente anormal para el individuo afectado. Este cambio de humor debe ser muy destacado y persistir al menos una semana), melancolía (depresión de origen genético, ya que se transmite hereditariamente; estos factores biológicos son transmitidos por la madre), por medio de lo que él describe e indica que ya en esa época se conocían casos de epilepsia; la histeria, psicosis postparto y los síndromes cerebrales agudos. A partir de ese momento, se empieza a manifestar el rechazo por los dioses en las enfermedades mentales. (Castilla del Pino, 1982).

Podemos afirmar por consiguiente que las antiguas creencias sobre las enfermedades mentales contribuyeron a la formación de la Psiquiatría Moderna.

En cuanto al trabajo de Philippe Pinel, dió un nuevo enfoque a los problemas relacionados con las enfermedades mentales. Hizo posible la elaboración de un tratamiento para los problemas involucrados con las enfermedades mentales y que posteriormente, culminó con la formación de un asilo (Psiquiátrico), en donde se estableció el trabajo con terapias para los pacientes, así como la aprobación de leyes relacionadas a la locura. (Postel y Quétel, 1987)

A principios del Siglo XX existían en la ciudad de México, dos hospitales para enfermos mentales: El San Hipólito, para hombres, que fue fundado en el año de 1566 por Fray Bernardino Alvarez y el Divino Salvador para mujeres establecido en el Siglo XVIII por José Sáyago. El propósito de estos centros era el de reclusión más que la consecuencia de la salud fisiológica por medios científicos, de ahí que se adoptaron medidas para la seguridad de los enfermos, los protegían pero limitaban su libertad.

En México se crea el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” en 1967 como parte del programa “Operación Castañeda”, teniendo como propósito fundamental la atención de pacientes masculinos sub-agudos con una estancia máxima de 180 días. (Ramírez, 1984).

Dentro de la rehabilitación del paciente, se pretendía lograr a través del desarrollo de actividades agropecuarias y talleres de terapia ocupacional con el fin de reintegrarlo nuevamente a su hogar.

En nuestros días, la rehabilitación básica que se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Morcno”, es la rehabilitación integral, la cual se conforma en tres grandes áreas:

- a) Básica: Terapia física, de lenguaje, desarrollo del programa de higiene personal, actividades de la vida cotidiana, psicomotricidad, socialización, actividades sociorrecreativas, deportivas, musicoterapia, orientación a familiares.

- b) Adiestramiento: Capacitación y desarrollo de actividades productivas a través de la asistencia a talleres diariamente.
- c) Programas Comunitarios: Consiste en el desarrollo de acciones intermedias entre el hospital y la comunidad, así como el seguimiento de acciones autosuficientes en la propia comunidad.

El psicólogo se desarrolla en el Departamento de Rehabilitación elaborando programas de trabajo e interactuando diariamente con el usuario, así como también aplicando pruebas psicológicas.

Es importante mencionar, que la definición de algunos autores sobre la locura, psiquiatría y psicología han sido de gran ayuda para llevar a cabo un adecuado tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

(Ramírez, 1884), define a la locura como una lesión cerebral que afectaba la composición de la sangre la circulación, la nutrición a los reflejos, se creían adecuadas para su tratamiento tres clases de recursos: “los higiénicos que son el conjunto de condiciones de que se rodea una persona para conservar la salud; los medios morales que influyen directamente en el ánimo de una persona bajo la forma del placer o del dolor, los medios farmacéuticos”. Aplicando esos recursos mejorarían la asistencia y el establecimiento del enfermo sin tener que acudir al separto o al encierro, a las cadenas, chalecos, las duchas o los cubos de agua fría, a la sumersión prolongada casi hasta ahogar al paciente para extinguir aún el último vestigio de sus ideas extravagantes.

Castilla del Pino, (1982), define que la Psiquiatría se ocupa de las alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis en lo que concierne a la dilucidación de la naturaleza, a la interpretación de la misma y a su posible terapéutica.

(Mackinno, 1971), define a la Psiquiatría como la rama de la medicina que tiene la importante misión de cuidar y tratar una de las dolencias humanas más antiguas y deprimentes: la pérdida de la razón. Esta ha adquirido cada vez más relevancia a medida que se descubren más enfermedades de componentes emocionales.

(Sánchez, 1990), define a la Psicología como la ciencia de las funciones, operaciones, comportamientos, ideas, sentimientos, cuyo desarrollo y organización constituyen las modalidades de su adaptación al medio físico, social y cultural en el que transcurre su existencia.

Por su parte, la Psicología será explicada en este trabajo desde el enfoque conductual y analizaremos brevemente el enfoque psicoanalítico y la psicometría que es parte del psicoanálisis.

La aproximación psicológica conductual se centra en las teorías del aprendizaje para explicar a la “conducta inadaptada” (se le considera inadaptada en este caso más por los parámetros de funcionalidad-disfuncionalidad de la institución, que por el hecho de que así lo sea)

Enfoque Psicoanalítico.

Psicoanálisis.

Disciplina fundada por Freud, en la que es posible distinguir tres niveles:

- Método de Investigación, que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios de un individuo).
- Método Psicoterapéutico, caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, transferencia y deseo.
- Conjunto de Teorías Psicológicas y Psicopatológicas, en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

La psicoterapia es un método utilizado por psicólogos para tratamientos de los desórdenes psíquicos o corporales: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica.

La teoría Psicodinámica de mayor influencia, menciona que toda conducta está determinada por acontecimientos mentales anteriores y que algunos son conscientes y algunos inconscientes. (Castañeda, 1993).

De acuerdo con Freud, el recién nacido tiene pulsiones no dirigidas o energías libidinosas que constituye el llamado ello.

La conducta adaptada y desadaptada son resultado de procesos encubiertos y fuerzas internas e irracionales...

La Psicometría.

La psicometría se encarga de la medición de la actividad mental y repertorios (es la cantidad virtualmente disponible de opciones pertinentes). (Frances. 1995).

Brown (1980), hace hincapié en que existen tests en otros campos fuera de la psicología: en la industria, en la medicina. Los tests de exploración y los de las medidas de las funciones mentales, reciben el nombre de psicometría; es la disciplina que tiene por objetivo el estudio y la aplicación de estos tests.

Por otro lado, la utilización de códigos para el diagnóstico es fundamental para la recopilación de información, ya que permiten definir y agrupar a los individuos de acuerdo a su trastorno y características que comparten. Las pruebas más conocidas son: DSM, CIE.

La clasificación que la Psicometría utiliza para el diagnóstico de pacientes psiquiátricos es. (Frances, 1995).

- Retraso Mental Leve. C.I. entre 50-55, personas educables, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y no se distinguen de personas sin retraso mental hasta edades posteriores.

- Retraso Mental Moderado. C.I. entre 35-40 y 50-55, personas adiestrables, adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de su niñez, puede ser adiestrable en habilidades sociales y laborales.
- Retraso Mental Grave. C.I. entre 20-25 y 35-40. Durante los primeros años adquieren un lenguaje escaso o nulo, pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal, así como también en la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple.
- Retraso Mental Profundo. El inferior a 20 a 25, la mayoría de estas personas presenta una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.
En los primeros años presenta alteraciones del funcionamiento sensoriomotor, son personas que pueden desarrollar sus habilidades para la comunicación y el cuidado personal bajo el trabajo personalizado con ellos. (Frances, 1995).

Psicología Conductual.

La psicología conductual es la rama experimental y puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta (Galindo, 1994).

Por otro lado, la modificación de la conducta se interesa por la forma en que los organismos se adaptan a su ambiente. Su interés fundamental se dirige a la manera en que se desarrollan las conductas, se mantiene y pueden modificarse. Sin embargo, el estudio científico del aprendizaje se basa en los trabajos realizados en el condicionamiento clásico y condicionamiento operante.

Condicionamiento Clásico o Pavloviano.

El procedimiento consiste en hacer aparecer ante un organismo dos estímulos en estrecha secuencia. Uno de ellos llamado estímulo condicionado, es un estímulo con una función biológica definida que produce en el organismo una respuesta específica y determinada: respuesta incondicionada. El otro es un estímulo neutro o indiferente, en el sentido de que carece de significado biológico y produce

un reflejo difuso de orientación o atención y no provoca respuesta específica alguna. Con la repetición de este procedimiento la presentación conjunta de los dos estímulos, el estímulo inicialmente neutro adquiere la propiedad de suscitar una respuesta específica parecida, aunque no idéntica a la respuesta incondicional. (Yates, 1978).

Condicionamiento Operante.

La operación experimental, del condicionamiento operante, se define por el hecho de que una determinada respuesta va seguida de una cierta estimulación que la mantiene, es decir, por la existencia de una determinada relación o contingencia entre una cierta respuesta y un cierto estímulo. Se puede observar en los resultados, cambios en la latencia, la velocidad, la probabilidad o la tasa de ocurrencia de la respuesta estudiada.

Existen cuatro paradigmas básicos del condicionamiento operante que surgen de combinar, por un lado lo motivacional o carácter hedónico (placentero o displacentero) de la estimulación consecuente de la respuesta y de otro, la naturaleza de la relación o contingencia entre la respuesta y el estímulo, la respuesta puede ser causa de que aparezca un estímulo (contingencia positiva) o causa por el contrario, de que un estímulo no aparezca, o bien, estando ya presente desaparezca (contingencia negativa) (Yates, 1978).

- a) Entrenamiento de recompensa o condicionamiento operante apetitivo: la respuesta designada hace aparecer un estímulo apetitivo. Ejemplo: cuando una paloma picotea un disco en un aparato experimental, obtiene comida.
- b) Castigo: la consecuencia de la respuesta es la aparición de un estímulo aversivo. Tanto en el entrenamiento de recompensa como en el castigo, hay una contingencia positiva entre la respuesta y el estímulo.
- c) Entrenamiento de omisión, la consecuencia de respuestas es la no aparición de un estímulo apetitivo.

- d) Escape y el de evitación, que tienen en común una relación o contingencia negativa entre la respuesta y un estímulo aversivo, aún difieren en la forma precisa de esa relación.

Escape. La respuesta produce la desaparición o terminación de un estímulo aversivo que previamente se ha presentado al organismo.

En la evitación la consecuencia de la respuesta es la no aparición de un estímulo aversivo que, sin embargo, aparece si el sujeto no da la respuesta designada.

Tanto el entrenamiento de recompensa como el escape y la evitación son procedimientos de reforzamiento, esto es, procedimientos que refuerzan o fortalecen las respuestas establecidas, aumenta su probabilidad, su tasa de ocurrencia o su velocidad o, por el contrario, disminuye su latencia, según la situación experimental de que se trate.

El entrenamiento de recompensa es un procedimiento de reforzamiento positivo, ya que refuerza la respuesta mediante una contingencia positiva, respuesta-estímulo, mientras que el escape y la evitación son procedimientos de reforzamiento negativo. Gran parte del comportamiento se aprende aún cuando la herencia y la maduración establecen ciertos límites a las potencialidades. El desarrollo de la conducta observable parece estar influido por el medio, ya que por esto se obtiene un aprendizaje preciso y en especial por interacciones con los demás. (Sarason, 1983).

El desarrollo de estudios del laboratorio ha permitido que exista un modelo de aprendizaje acerca del desenvolvimiento y modificación del comportamiento, controlando eventos observables en la medición y análisis de hechos complejos, en componentes simples (estímulos y respuestas). La psicología conductual se ha integrado en los programas de trabajo de algunas instituciones. La orientación conductual se ha utilizado para trabajar sobre el control de conductas de pacientes con retraso mental profundo, leve, así como también con esquizofrénicos o con otros problemas relacionados con las enfermedades mentales.

psicología conductual se ha integrado en los programas de trabajo de algunas instituciones. La orientación conductual se ha utilizado para trabajar sobre el control de conductas de pacientes con retraso mental profundo, leve, así como también con esquizofrénicos o con otros problemas relacionados con las enfermedades mentales.

JUSTIFICACIÓN

El tema relacionado al trabajo rehabilitatorio ejercido por el Psicólogo Clínico dentro de *instituciones públicas*, fue elegido porque el psicólogo se ha limitado a diagnosticar y evaluar aspectos a través de pruebas de inteligencia, desarrollo y de personalidad y con baterías de orientación profesional en este ámbito. Dejando a un lado la interrelación con pacientes que pueden tener mejores resultados.

El marco teórico a emplearse en el presente trabajo documental, es el conductual, ya que los estudios experimentales de casos de retardo y su aplicación en la modificación de la conducta en la rehabilitación de personas con retardo, se inician en la década de los 50. Estas investigaciones han demostrado que el condicionamiento operante es una herramienta poderosa capaz de eliminar problemas de conducta, así como también establecer nuevos repertorios incluso en pacientes en estado vegetativo. (Galindo, 1994).

Dentro de la modificación de la conducta en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, se ha trabajado en las áreas referentes a la rehabilitación del retardado, como son los repertorios básicos, el cuidado personal, las conductas problema, el lenguaje y las conductas académicas.

En el área de repertorios básicos se ha logrado trabajar con personas con retardo mental profundo en las conductas *de atención*, *discriminación*, *imitación* y *seguimiento de instrucciones*, las cuales son prerrequisito para cualquier entrenamiento.

En cuanto al área de cuidado personal o autocuidado, se ha logrado trabajar con retardados mentales, en conductas como la de comer, vestirse y control de esfínteres, así como la de *bañarse por sí solos*, peinarse, lavarse los dientes.

En las conductas problemáticas o perturbadoras, se ha trabajado con autoestima, autodestrucción, hiperactividad, agresividad, gesticulación, entre otras; conductas que por su frecuencia o por la falta de propiedad interfieren en el desarrollo social del sujeto.

De los problemas de lenguaje o verbales se ha tratado el mutismo, la tartamudez, la disartria, las verbalizaciones inadecuadas, pobreza gramatical.

Con respecto a las conductas académicas, se ha trabajado en el funcionamiento en el salón de clases, en escuelas especiales y estableciendo habilidades cognitivas de enseñanza de repertorios de atención, cooperación y autocontrol.

El interés de esta revisión documental es divulgar el trabajo del Psicólogo Clínico, el cual es asumido como terapeuta y psicólogo, dependiendo del departamento que se le asigne dentro de la institución pública a la que pertenece.

Tradicionalmente, el Psicólogo Clínico se ha limitado a diagnosticar y evaluar diversos aspectos a través de pruebas de inteligencia, desarrollo de personalidad y batería de orientación profesional. Estas labores las ha desarrollado en la práctica privada o en instituciones. Éste a su vez elabora programas de trabajo para los pacientes de acuerdo a las necesidades físico-funcionales. Por otro lado, el trabajo del Terapeuta cumple dos funciones como son: la de elaborar programas y llevarlos a cabo con los pacientes, de manera individual o en grupo.

El trabajo del Psiquiatra es importante ya que de él depende el estado farmacológico del paciente para que se pueda trabajar, así como también colaborar en la rehabilitación psicosocial del usuario.

El trabajo de Enfermería juega un papel importante en el tratamiento del paciente, dado que tiene una relación continua con ellos y forma parte del medio ambiente.

Ahora bien, el empleo de los mismos pacientes como monitores, tiene ventajas para un mejor trabajo.

El trabajo multidisciplinario dentro de las instituciones, es de gran importancia para una mejor rehabilitación del paciente, ya que todas las áreas son participantes en la rehabilitación del paciente.

El presente trabajo pretende familiarizar al estudiante de Psicología, así como de otras áreas (médicos, psiquiatras, enfermeras), con el quehacer que se ha venido realizando para estudiar y observar al paciente con retardo mental profundo. Asimismo, se proporcionarán datos sobre él y los múltiples factores que influyen en su rehabilitación dentro de las instituciones psiquiátricas.

Con lo anteriormente expuesto, el estudiante conocerá las actividades que se llevan a cabo diariamente en los Hospitales Psiquiátricos, así como los métodos empleados. Aprenderá a manejar las aportaciones para un óptimo desarrollo en la atención del paciente psiquiátrico y ha obtener un mejor conocimiento acerca del desempeño del Psicólogo Clínico.

Para la realización de este trabajo, se llevará a cabo una revisión bibliográfica de distintos autores, y a su vez, un análisis comparativo.

CAPITULO No. 1: Historia de la Psiquiatría.

1.1 ¿Qué es la Psiquiatría?

La definición de la Psiquiatría ha sufrido una serie de modificaciones a través del tiempo, estas se deben por un lado, a los cambios en la legislación respecto a los derechos del paciente psiquiátrico.

Salomón 1972, define a la psiquiatría como el área del conocimiento médico científico que se ocupa del estudio de los trastornos mentales en sus diferentes aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos, pronósticos y de prevención y tratamiento.

Históricamente, se conocen distintas etapas u orientaciones:

- De creencia mágica: la locura como hechizo, superchería, posesión demoníaca.
- Científica-Natural: la locura como consecuencia de una lesión fisiológica, anatómica.
- Psicología: Sociogénica asumiendo las leyes de estas dos ramas del saber (psicología-sociología), locura como resultante desde el puro conflicto intrapsíquico (psicoanálisis) hasta las modernas teorías sociopatológicas.

En cada etapa, naturalmente, se realizan distintos tratamientos:

- Exorcismos, quema de brujas y posesiones.
- Tratamiento biológico shocks (eléctricos, insulínicos, psicofármacos).
- Psicoanálisis, comunidades terapéuticas.

La Psiquiatría no habla de los problemas planteados por la libertad, sino de las tensiones a las que la sociedad somete al individuo al que alinea o, en todo caso al que encierra para desembrarse de todas las desviaciones que ofenden la moral y la razón.

1.2 Historia de la Psiquiatría en México.

El desarrollo de la especialidad psiquiátrica esta ligada a la historia de México, ya que es resultado de la fusión de diversas corrientes culturales como la indígena y la española.

La psiquiatría, dentro del contexto histórico social se divide en la prehispánica, la colonial, la del México independiente y la actual.

1.3 Etapa Prehispánica:

La medicina azteca es la conocida, tanto por su economía como por el predominio militar de este grupo étnico. El hombre de esta etapa vivía en un mundo mágico-religioso con principios dualistas como son: el nacimiento y la muerte, el bien y el mal, el día y la noche.

La cultura Náhuatl se encontraba en lo que hoy es el Distrito Federal, los linderos del Estado de México, Tlaxcala y Puebla, sus habitantes veneraban al señor Tenochca; su cultura se desarrolló a niveles altos. El manejo armónico de sus normas de vida hicieron una más rápida adaptación al lugar y disfrutaban de un equilibrio mental poco común en el mundo moderno. La Psiquiatría y la psicoterapia surgen de forma evolucionada que llega a controlar a personal competente y se impartía en instituciones de reconocida solvencia moral. Tixcuitian o teixtoman, era llevado a cabo por un grupo de médicos o ticitl, que también eran sabios, ellos capacitaban en el templo dedicado a la diosa Tlalcolteotl (Calmecac), devoradora de las inmundicias morales.

El Calmecac y los sabios constituían una institución de la más alta jerarquía intelectual y moral, de donde eran elegidos para dirigir las obras de mayor relevancia dentro de su especialidad. Los documentos traducidos por el doctor Angel María Garibay permiten comprender la profundidad de los conceptos psicológicos que elaboraron y sus relaciones con el funcionamiento de la mente, ya que se encuentran referencias a los núcleos del yo y las instancias psíquicas, conceptos no muy diferentes a los freudianos.

Estos elementos teóricos estaban manejados sabiamente en el libro de interpretaciones de los sueños que se producen en el Códice Matritense de la Real Academia. (Ramírez 1997).

Los *teixtomanis* distinguían y prescribían a los enfermos mentales, así ayudaban a los médicos para el tratamiento. Conocían técnicas de psicoterapia, lo sobresaliente era la referente a los delirios y faltas de orden sexual a la cual llamaban *Meyolmelahualyztli* (Término que significaba técnica para la transformación de corazones) en ocasiones se practicaba el *ololiuhqui* que tenía parecido al narcoanálisis (se preparaba una pósito con fusión de beleño, peyote y hongos alucinógenos), para beberla, esto hacía que la persona “soltara la lengua”.

Por otra parte, se creía que las enfermedades eran castigo por desobediencia a los dioses, el tratamiento era para limpiar la ofensa en la cual se ingerían sustancias mágicas como el peyote, el divino hongo *Teonocatl Altlapatl*, por medio de ello se conocían cosas ocultas de la persona.

Algunos de los medicamentos aztecas utilizados en los padecimientos psiquiátricos eran jugo de hoja *tlatlalmelictalli*, prescrito en delirios para la depresión se utilizaba infusión de *malinally* y *tlacolli*, en excitación nerviosa y neurosis se usaba el jugo de *iztahuitl*.

Para la epilepsia entre otras hierbas, jugos de retoños de *tlatlacuiye* y raíz de *tepopotlic*. En crisis convulsivas se recomendaba una cocción de raíz *micahuiztli*.

En la etapa colonial existía lo racional y lo místico. Ello era la continuidad entre la medicina académica y la tradicional.

El objetivo del médico de esta época, era aclarar si el padecimiento es natural o preternatural, no se ha encontrado información sobre los métodos curativos utilizados en trastornos neuropsiquiátricos del médico colonial. 318 años transcurrieron para que se estableciera la cátedra de psiquiatría, esta fue impartida por el doctor Peón Contreras; Bernardino Alvarez (1514-1884). Fue el pionero de la psiquiatría en la etapa colonial, la cual fue la primera en el cuidado de enfermos mentales en el Continente Americano, que funcionó durante tres siglos y medio, el cual sustituyó al que se

encontraba en la calle de celada ignorando su fundación, aunque se cree que se fundó en 1556 y el de la Ermita de los Martínez en 1567.

En México se fundó el primer hospital para enfermos mentales, siendo este también el primero en el Continente (a obra de Fray Bernardino Alvarez), continuó 17 años y el 12 de agosto de 1518, a los 70 años, muere Fray Bernardino Alvarez en la ciudad de México.

El hospital de San Hipólito era la institución con mayor prestigio, a la cual asistían pacientes de todo el país, Centroamérica y Cuba; para las mujeres era más difícil que encontrarán atención médica.

En el Siglo XVI los enfermos mentales eran considerados endemoniados, hechizados y embrujados. Aún con estas características Fray Bernardino Alvarez, se preocupó por ellos, se necesitó de un espíritu crítico como el de él, con nuevas ideas acerca de los procesos mentales, se crearon los recursos y los medios para tratar a los pacientes a pesar de burlas y de la miseria.

El hospital de San Hipólito, ahora archivo general de la Secretaría de Educación Pública, se fundó doscientos años antes de que Felipe Pinel solicitara (en 1792) a la Asamblea Nacional de París, la autorización para retirar las cadenas que sujetaba a los enfermos mentales de la cárcel de Bicetre. Bernardino Alvarez Herrera, se adelantó a las ideas médicas y sociales que estarían en vigor años después.

José Sáyago fue otro de los pioneros de la atención psiquiátrica, ya que atendió en su casa a una enferma mental prima de su mujer, que carecía de amparo, su ayuda también fue para otros pacientes. En 1687, el Arzobispo Francisco Aguilar y Seijas ayudó con los gastos para la atención de 66 enfermas. Posteriormente, el hospital pasó a manos de la Congregación del divino Salvador, el cual para el año de 1700, era el hospital Divino Salvador para enfermos mentales.

Para fines del Siglo XIX, se sintió la necesidad de dar una mejor atención a los enfermos mentales.

1.4 Etapa Independiente.

Después de 1821, al consumarse la independencia de México y durante la Reforma, disposiciones legales suprimieron las órdenes religiosas hospitalarias, los hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador pasaron a depender del ayuntamiento de la ciudad de México. Por falta de recursos económicos el ayuntamiento no pudo sostener los hospitales, que con gran dificultad sobrevivieron sólo 50 años. En 1877, se creó la dirección de beneficencia pública que fue quien se encargó de los hospitales.

Sin embargo, se tuvo la necesidad de contar con instituciones que atendieran a personas con enfermedades mentales en el interior de la República Mexicana. A fines del Siglo XVIII, en el antiguo hospital de Belén de Guadalajara, se atendieron algunos enfermos mentales. En 1860, el hospital civil contó con una sección psiquiátrica.

En el mismo año, en Monterrey el hospital civil también contaba con una sección para el tratamiento de enfermos mentales. En 1896, en Orizaba Veracruz, se creó el manicomio estatal, institución ya desaparecida.

Al inicio de este siglo en Mérida, se creó el hospital neuropsiquiátrico, quien es atendido hasta la fecha por Leandro León Ayala.

En 1905, en Zapopan, Jalisco se fundó un hospital atendido por religiosas y en 1909 se inauguró en San Pedro Tlaquepaque una institución privada para enfermos mentales, también se creó el sanatorio neuropsiquiátrico en la ciudad de México, su fundador el doctor Rafael Lavista, lo había destinado a la cirugía, pero presionados por las necesidades sociales lo dedicó a los enfermos mentales.

La Castañeda, fue la institución psiquiátrica más importante de México, desde 1910 hasta 1965, ahí fueron trasladados los enfermos del hospital San Hipólito y la Canoa, contaba con 1330 camas y atendía a 848 enfermos, posteriormente, en 1965 tenía 3500 asilados, su primer director el doctor José Maza Gutiérrez daba importancia a la terapia física, la balneoterapia y a los sedantes, tiempo

después utilizaron la paludoterapia y las terapias de choque, más tarde, los procedimientos psicodélicos, psicoanalépticos y tranquilizantes.

En 1942, los doctores Leopoldo Salazar Viniegra y Manuel Guevara Oropeza, fundaron el hospital granja para enfermos mentales pacíficos de San Pedro del Monte, en los alrededores de León, Guanajuato que actualmente atiende aproximadamente a 400 pacientes varones.

Para 1943, se reconstruyó ya que se encontraba en condiciones de falta de limpieza, pisos rotos, ratas por todas partes, muros cuarteados, una atención inhumana, personal inapropiado y constantes violaciones de los empleados a los enfermos. La solución que se le dió al problema fue temporal porque al poco tiempo los malos se agravaron, volviendo a surgir.

Para 1944 la Castañeda era insuficiente y por ello en ese mismo año, su fundó la granja de recuperación para enfermos mentales de León Guanajuato. Desaparecen candados y rejas, el sistema curativo es abandonado y el nuevo establecimiento de puertas abiertas proporciona al enfermo mental una vida mejor.

En 1947, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó un departamento de higiene mental y neuropsiquiatría bajo la dirección del doctor Samuel Ramírez Moreno, quien hizo el primer intento de coordinar los esfuerzos que se realizaban en todo el país.

En 1948 se inauguró en Guadalajara una granja de recuperación para enfermos mentales, en este mismo año fueron creadas las granjas en Morelia y la Casa de Salud Mental de Monterrey en la que se atienden a enfermos de escasos recursos.

Para 1950 se abrió un manicomio custodial en Hermosillo, Sonora y en Chihuahua. En este mismo año, el 17 de julio, se inaugura el sanatorio psiquiátrico del manicomio y subrogado al Instituto Mexicano del Seguro Social. El manicomio el principal núcleo de atención neuropsiquiátrica del país y el origen de la Escuela de Neuropsiquiatría Mexicana.

De 1953 a 1954 se puso mayor interés en las enfermedades mentales estableciendo departamentos de higiene mental en los centros de salud, trabajando con clínicas de la conducta y con problemas de la infancia.

A partir de 1959 empieza un período de avances en la atención de pacientes psiquiátricos, ya que durante 50 años no aumentaba el número de camas, ni mucho menos se había llevado a cabo una ampliación en el manicomio. Durante ese año con una población nacional de casi 33 millones de habitantes, se contaba sólo con 6500 camas para pacientes psiquiátricos, de los cuales 5000 correspondían a la asistencia pública y los demás a la privada. Ante toda la problemática que se presentaba se creó el manicomio de la Castañeda que es inaugurado el 10. de septiembre de 1910, por el Presidente Porfirio Díaz.

La Castañeda resultó insuficiente y anacrónica por lo que el 26 de marzo de 1965 se anuncia su desaparición.

Los resultados obtenidos en el hospital granja de León, hizo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creará instituciones de este tipo, como son:

- Hospital Granja de Salud en Zoquiapa, Estado de México en 1961.
- Hospital de Villahermosa, Tabasco 1962.
- Hospital José Sáyo, en Tepexpan, Estado de México en 1962.
- Hospital Granja Cruz del sur, en Oaxaca en 1963.
- Hospital Cruz del Norte, en Hermosillo Sonora 1964.

En el Gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, se construyeron:

- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (1967).
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (1967).

El Hospital Dr. Juan N. Navarro se construyó de acuerdo con el programa médico arquitectónico que *corresponde a la función y finalidades de tipo nosocomio*, que se caracteriza por el tratamiento neuropsiquiátrico de niños de acuerdo con el concepto moderno de esta disciplina médica y que establece la limitación hasta donde es posible, del internamiento del enfermo para no romper los lazos familiares, lo que perjudica o demanda su rehabilitación (Ramírez 1997).

Se crearon dos áreas diferentes tomando en cuenta que existen enfermos agudos y crónicos, se construyeron instalaciones distintas para enfermos externos, procurando lograr su rehabilitación.

Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano.

El cual esta destinado a pacientes que requieren una hospitalización prolongada, considerando a los que rebasan 6 meses y durante el cual el tratamiento integral se enfoca a ayudarlo a su reincorporación a la sociedad en forma activa y productiva, para que sea capaz nuevamente de convivir dentro del medio familiar y social.

Hospital Campestre Dr. Adolfo M. Nieto.

Atiende a pacientes psiquiátricos sub-agudos de sexo femenino, de edad entre los 18 y 60 años, con posible rehabilitación. Su tratamiento es multidimensional: psicofármacos, psicoterapéutico, terapia ocupacional, recuperación social en un ambiente de comunidad terapéutica.

Hospital Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza.

Brinda atención a pacientes crónicos con poca posibilidad de rehabilitación, por lo que su estancia es prolongada o en ocasiones, definitiva. Esta atención se lleva a cabo a través de unidades de alojamiento confortable y apropiadas para el tipo de enfermos, así como por medio de terapia recreacional, patios y jardines confortables.

Hospital Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Está destinado a la atención médica de pacientes masculinos mayores de 18 años, con posibilidades de rehabilitación. Para tales efectos, se ha organizado el nosocomio para que en el mismo se hagan tratamientos polivalentes psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de terapia ocupacional y rehabilitación en un ambiente terapéutico de comunidad social, mediante tales prácticas adaptadas a las características del caso, se intenta que el enfermo recupere sus hábitos de trabajo y la capacidad de convivencia, el egreso corre a cargo del hospital mediante el trabajo preventivo, consulta de hospital parcial necesarias al interesado.

Además, de la asistencia de los enfermos se realizan otras actividades: investigaciones clínicas y farmacológicas, capacitación al personal.

1.5 Orígenes del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”.

En 1967 se creó el hospital “Dr. Samuel Ramírez Moreno” formando parte del programa “Operación Castañeda”, para trabajar con pacientes sub-agudos con una estancia máxima de 180 días.

Al paciente se le pretendía rehabilitar a través de actividades agropecuarias y talleres de terapia ocupacional, con el fin de integrarlo a su familia. Esto marcó la pauta para el diseño de instalaciones, así como el trabajo terapéutico; sin embargo, no fue posible realizar las actividades ya que se remitieron pacientes crónicos de pobre pronóstico, sin familiares y pacientes que provenían de otros estados de la república, que perdieron el contacto con su lugar de origen.

En la actualidad, el objetivo de este trabajo, es brindar elementos básicos a sus usuarios para que participen en actividades colectivas favoreciendo el respeto absoluto por la individualidad, la confianza en su potencialidad y creatividad.

Todas las actividades ayudan a elevar su autoestima y seguridad personal para fortalecer su proceso de reinserción social. También mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios y hacer de este un instrumento más para el desarrollo social, fortaleciendo programas de trabajo preventivo, curativo y de rehabilitación.

CAPITULO No. 2: Origen de la Rehabilitación Psicosocial.

Los orígenes de la Rehabilitación Psiquiátrica son en el Siglo XV. En 1409, los médicos de Europa eliminan las cadenas con que tenían sujetos a los pacientes y las sustituyeron por tratamientos basados en ejercicios libres, juegos, entrenamientos y hábitos higiénicos.

Por otro lado, en algunos manicomios se empleaba el trabajo agrícola como canalizador de energía de los pacientes hacia una actividad constructiva. También se construyeron hospitales en España (Sevilla, Valladolid, Palma de Mallorca, Toledo y Granada), lo que deja ver que los principios de la Psiquiatría con enfoque humanista fue en España.

En Europa la liberación de los enfermos mentales fue a finales del Siglo XVIII con el trabajo realizado por el Dr. F. Pinel, en el Hospital de Bicêtre de París, durante la Revolución Francesa, con el que decide quitarle las cadenas a los pacientes devolviéndoles su libertad corporal.

Ferrus, el primer psiquiatra que en colaboración con Pinel realizaron actividades en las granjas, las cuales las llamaron "Terapia por el Trabajo". Dando estas pautas para que se incorporaran métodos y técnicas de tratamiento para los enfermos mentales, contribuyendo de esta forma a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

2.1 Definición de la Rehabilitación.

La rehabilitación es un proceso de tratamiento llevado a cabo con todos los pacientes desde el momento de su entrada en el hospital y es continuado hasta el momento de darles de alta, cuyo fin es el cuidado hospitalario y posthospitalario (Malla, 1978).

Spauk (1977). La rehabilitación de los pacientes psiquiátricos que *presentan serios problemas de socialización*, se define conforme se incrementa su integración a las diferentes áreas de competencia social en donde el paciente debe desenvolverse a fin de llevar una vida satisfactoria

Por otro lado, Anthony (1986) define a la rehabilitación como la prevención de un mayor deterioro del paciente y de reincidencias de disfunciones o capacidades psiquiátricas, por lo que la implementación exitosa de un programa de rehabilitación, puede prevenir episodios futuros que requieran tratamiento.

De acuerdo con lo antes mencionado y a las observaciones, con los pacientes psiquiátricos, se puede ver que las áreas más afectadas son la afectiva y social. Y es en estas áreas donde se puede trabajar la rehabilitación de los usuarios psiquiátricos.

Otro factor importante dentro del programa de rehabilitación es la comunicación entre los miembros del equipo, es fundamental y sirve como base de un trabajo eficiente, así como también la especificación de los roles que cada miembro debe desempeñar de manera que pueda proveer de mejores servicios.

Son seis los principios que deben considerarse como parte del proceso de rehabilitación.

2.2 Definición del Concepto de Rehabilitación.

Para la elaboración de un programa de rehabilitación con pacientes psiquiátricos, es necesario desarrollar el concepto con el cual se va a trabajar, sobre metas y objetivos específicos del programa que se va a implementar.

El Proceso de Enfermedad Mental.

Es importante conocer la ocurrencia de la enfermedad mental, así como historia del padecimiento que llevó al paciente a ser hospitalizado.

Es importante que sea el propio paciente quien valore su proceso de enfermedad para poder explicarlo, al mismo tiempo que explica las causas y medio por los que llegó al hospital y cómo lo ve.

Conciencia Enfermedad.

La necesidad de que el paciente reconozca que tiene dificultades y diga que hace para enfrentarlas. Aquí es importante que el terapeuta tenga en cuenta el diagnóstico del funcionamiento del paciente en cada una de las áreas del programa, para determinar las metas de rehabilitación.

Aceptación de la Necesidad de Rehabilitación.

El paciente debe decidir por su propia voluntad, participar en el programa de rehabilitación, llevando implícito el compromiso consigo mismo y con el programa, responsabilizándose de sus actividades dentro del hospital y posteriormente en la comunidad.

Es importante mencionar, que para ayudar al paciente a desempeñarse en la comunidad, debe adquirir autoconfianza y autosuficiencia.

Participación en Rehabilitación.

La participación del paciente en distintas actividades del programa. Aquí debe adquirir o recuperar habilidades que le darán esperanza y confianza en su recuperación.

Funcionamiento en la Comunidad.

Se evalúa la funcionalidad del programa de rehabilitación. Este se evalúa a través del desempeño del paciente dentro de la comunidad.

El seguimiento de la efectividad del programa puede servir para el reajuste del medicamento, las relaciones familiares. (Valencia 1986).

2.3 Rehabilitación Psiquiátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la rehabilitación “como un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales, y que consiste en el uso racional de procedimientos de validismo como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tiene por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo de acuerdo con sus posibilidades reales a los niveles más altos de capacidad funcional”.

Por otra parte, la Rehabilitación Psiquiátrica es el conjunto de procedimientos biológicos y sociopsicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que los imposibilita un adecuado ajuste social producto de alguna afección psiquiátrica y cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlo en un contexto social, tan familiar al normal como sea posible (Ordaz, 1987).

La rehabilitación tiene una triple fuerza terapéutica, como son:

- Psicofármacos.
- Psicoterapia (individual y de grupo).
- Terapia ocupacional.

El tratamiento rehabilitatorio se basa en la terapia ocupacional, los psicofármacos y la psicoterapia, por lo que se considera que: el deporte, la recreación y el arte; son factores complementarios del tratamiento integral.

Los programas rehabilitatorios incluyen actividades deportivas que favorezcan una mejor coordinación psicofisiológica, la maduración cognitiva, afectiva, además de la integración grupal.

Otras de las actividades utilizadas para los programas son las musicales, para la disminución de tensiones, hostilidad, fatiga y para la recuperación de un favorable estado de ánimo.

Mediante las actividades recreativas, incluyendo en estas las deportivas, el hombre encuentra la satisfacción de sus deseos de lograr compartir con otras personas, crear, el ganar aprobación personal y social, expresar su personalidad y sus sentimientos.

La recreación como recurso psicoterapéutico brinda al paciente:

- Intercambio social.
- Favorece la autoexpresión, es decir, expresar espontáneamente manifestaciones, así como sus sentimientos de realización.
- Desarrolla sentimientos de personalidad y disciplina tanto individual como colectiva.
- Confianza en sí mismo.
- Despertar el interés de participar directa y activamente en el desarrollo de actividades.
- Restablece sus hábitos de convivencia para mejorar su adaptación social y creación de relaciones interpersonales.
- Mejorar la coordinación psicomotora y el adiestramiento corporal.
- Reducción de ansiedad corporal, sentimiento de minusvalía.
- Mejora su espontaneidad en las distintas actividades.

Las actividades que conforman la recreación son: Pintura, Música, Juegos Recreativos, Televisión, Teatro, Cine, Radio, Literatura, Paseos y Excursiones, así como el Festejo de Cumpleaños colectivos de los pacientes internos.

Por lo tanto, la recreación en sus diferentes modalidades es importante en la disminución de la sintomatología del paciente, las personas encargadas de los programas de rehabilitación se esforzarán por crear una atmósfera agradable que libere sus tensiones emocionales y reduzca su sintomatología, con actividades como:

- Cine. La proyección de películas seleccionadas de acuerdo a su enfermedad para evitar que alimenten o despierten su sintomatología.

- Teatro. En ocasiones, los pacientes se identifican con personajes, así como también, la obra le sirve de recreación a las que asisten a la función.

Todos los trabajos realizados por los pacientes deben ser utilizados o vendidos para mostrarles que son útiles.

En cuanto a los paseos y excursiones, estos brindan a los pacientes:

- Un mejor intercambio social paciente-equipo-familiares.
- Mejorar la disciplina de los grupos.
- Mejorar la comunicación entre el paciente y el terapeuta.
- Ayudar a conciliar el sueño por medio de la fatiga.
- Favorecer el nivel cultural de los pacientes.
- Facilitar la posibilidad de canalizar su sintomatología.
- Ayudar a mejorar la circulación y el tono muscular.

Músicoterapia:

La música se puede clasificar de dos formas en estimulante y la sedante, se trabaja de manera colectiva e individual, influyendo en el enfermo mental y logrando resultados satisfactorios. brindando al paciente:

- Autodominio.
- Entusiasmo.
- Coordinación psicomotriz.
- Influye en las emociones.
- Enseña a obedecer y respetar.

Juegos Recreativos:

Ayuda al paciente en combinaciones significativas, más o menos complicadas, de diversos procesos mentales y psíquicos indispensables para la solución de un problema. Estos tienen un valor educativo, de higiene, terapéutico y recreativo. Todo lo antes expuesto, influye en la rehabilitación psicosocial del paciente.

El proceso rehabilitatorio dependen en gran parte del establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales positivas entre los integrantes del equipo multidisciplinario y sus familiares.

Por otra parte, la terapia ocupacional como un método o técnica de carácter rehabilitatorio, con fundamentos en la teoría del aprendizaje, ayuda al paciente a un adecuado ajuste psicosocial, mediante el empleo combinado y sistemático de la ergoterapia, los deportes y la recreación.

La terapia ocupacional es una actividad rehabilitatoria y pedagógica que comprende tres fases:

- **Objetivo:** Condición del aprendizaje efectivo, es una meta de los conjuntos de objetivos a los que va encaminado.
- **Método:** Nos permite la obtención de los objetivos establecidos, el principio de un programa rehabilitatorio.
- **Contenido:** Es sobre lo que se trabaja, es decir, una actividad determinada de la cual se elabora un programa.

La terapia ocupacional tiene el objetivo de la disminución de la sintomatología del paciente, así como también de un diagnóstico y la evaluación. Su valor terapéutico debe tener mayor consideración y todos los demás factores deben ser secundarios y no intervenir de ningún modo con el propósito principal.

Es importante destacar, que el propósito principal que deben tener las personas que trabajan con pacientes psiquiátricos en la terapia ocupacional, es brindarles un sentimiento de seguridad, para obtener mejores resultados dentro de los programas de trabajo.

2.4 Derechos del Paciente Psiquiátrico.

La Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, define las siguientes palabras para una mejor comprensión en los derechos, estas son:

Unidades: Prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, establecimiento de salud que dispone de camas y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padece un trastorno mental.

Usuario: Todas aquellas personas que requiere y obtiene servicios de atención médico-psiquiátrica.

Enfermo Mental: Es aquella persona considerada como tal en la clasificación internacional de enfermedades mentales vigentes en la Organización Mundial de la Salud.

Atención Integral Médico-Psiquiátrica: Es un conjunto de servicios que proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

Rehabilitación Integral: Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que él permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria. Tiene como objetivo, el de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactoria, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

2.5 Actividades Preventivas.

- Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios.
- Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios:
 - Consulta externa y hospitalización.
- Las actividades preventivas comprenderán lo siguiente:
 - Educación para la salud mental.
 - Promoción de la salud mental.
 - Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.
 - Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.
 - Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.
 - Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.

2.6 Actividades Curativas.

- Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios:
 - Consulta externa.
 - Urgencias.
 - Hospitalización continua.
 - Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades.

– El proceso curativo en el servicio de consulta externa, se llevará a cabo mediante las acciones siguientes:

- Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.
- Apertura del expediente clínico.
- Elaboración de la historia clínica.
- Estudio psicológico.
- Estudio psicosocial.
- Exámenes de laboratorio y gabinete.
- Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Referencia en su caso, a hospitalización en la propia unidad o a otra unidad de salud, para su manejo.

– Las actividades curativas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de:

- Valoración clínica del caso.
- Manejo del estado crítico.
- Apertura del expediente clínico.
- Elaboración de la nota clínica inicial
- Hospitalización.
- Envío a consulta externa, o
- Referencia, en su caso, a otra unidad de salud para su manejo.

– Las actividades curativas en los servicios de hospitalización continua o parcial y el ingreso y egreso de usuarios, se llevarán a cabo a través del:

- Ingreso:
 - ◆ Examen clínico.
 - ◆ Elaboración de nota de ingreso.

- ◆ Elaboración de historia clínica.
- ◆ Realización de exámenes mínimos indispensables y pertinentes, de laboratorio y gabinete.
- ◆ Revisión del caso por el médico responsable y el equipo interdisciplinario.
- ◆ Realización de exámenes complementarios en caso necesario.
- ◆ Establecimiento de los diagnósticos probables, el pronóstico y el plan terapéutico, en un plazo no mayor de 48 horas y
- ◆ Elaboración de la nota de revisión.

– Revaloración clínica:

- Revisión del caso por el Director Médico o el Jefe del Servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastornos agudos y cada mes en casos de larga evolución o antes, a juicio del Director Médico o Jefe del Servicio, o a solicitud del usuario o de sus familiares responsables, o a solicitud de alguno de los comités del hospital.
- Actualización de exámenes clínicos.
- Elaboración de notas clínicas que indiquen la evolución y en su caso, la necesidad de continuar hospitalizado.

– Interconsulta en la propia unidad u otras de apoyo que cuenten con la especialidad requerida:

- Solicitud escrita que especifique el motivo.
- Evaluación del caso por el servicio solicitado.
- Proposición de un plan de estudio y tratamiento.
- Elaboración de la nota de interconsulta.

– Egreso:

- Valoración del estado clínico.

- Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
- Enunciado del pronóstico y de los problemas clínicos pendientes de resolución.
- Referencia a un programa terapéutico, en caso necesario.
- Referencia en su caso, a un programa de rehabilitación psicosocial.
- Concertación de la cita del usuario al servicio de consulta externa o de hospitalización, o referencia del mismo a otra unidad de salud si procede, y
- Elaboración de la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.
- Cualquiera que sea la causa del egreso del usuario, éste tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de acuerdo con los principios científicos y éticos de la práctica médica.

2.7 Actividades de Rehabilitación Integral.

- Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y de la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán:
 - Acciones intrahospitalarias:
 - ◆ Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.
 - ◆ Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promuevan el

proceso para su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.

- ◆ Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia.
 - ◆ Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas de reforzadores.
 - ◆ Diseñar, promover, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del paciente a la vida productiva, y si es el caso, gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.
 - ◆ Las acciones intermedias comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen el área cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física.
- Acciones extrahospitalarias:
 - ◆ El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.

2.8 Derechos Humanos y de Respeto a la Dignidad de los Usuarios.

Dentro de cada Unidad de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, el usuario tiene derecho a:

- Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

- No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.
- Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.
- Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.
- Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.
- Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.
- Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.
- Recibir atención médica especializada, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

- Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.
- Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.
- Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.
- Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.
- Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.
- Solicitar la revisión clínica de su caso.
- Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.
- Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.
- Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso, denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.
- No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave

y el paciente este afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.

- Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.
- Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.
- Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.
- Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.
- Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

2.9 Enfoque Conductual

La terapia de la conducta o modificación de la conducta se deriva de la escuela de psicología llamada *Conductismo*. El conductismo fue fundado por John B. Watson (1914); posteriormente, el autor B.F. Skinner (1974), más asociado al conductismo hasta la actualidad. (Ardila, 1978).

La premisa básica del conductismo es que solamente la conducta factible de ser observada puede ser objeto adecuado de la psicología científica. Los conductistas restringen su actividad de diagnóstico al describir el comportamiento observable y sus consecuencias, en lugar de asignar etiquetas. Otra característica del conductismo es que la mayor parte de la conducta humana se aprende y precisamente por esto que puede cambiar cualquier modo de obrar, modificando el ambiente del individuo. La tercera premisa del conductismo es que la mayor parte del aprendizaje se lleva a cabo por medio de los mecanismos relativamente sencillos de condicionamiento clásico y de condicionamiento operante.

Muchas de las investigaciones sobre el aprendizaje ha girado alrededor de un tipo muy sencillo de aprendizaje llamada condicionamiento. Este consiste en asociar una respuesta específica a un estímulo o situación de estímulo específico. Existen dos tipos básicos de condicionamiento: condicionamiento clásico o *respondiente* y *condicionamiento instrumental* u operante. (Ingalls, 1982).

Por otro lado, los programas de modificación de la conducta en los escenarios aplicados, se basan fundamentalmente en los principios del condicionamiento operante. El condicionamiento operante describe la relación entre los eventos conductuales y ambientales (antecedentes y consecuencias), que influyen en la conducta. Para tener mejores resultados en los programas de modificación de la conducta es importante conocer los tipos de eventos, antecedentes y consecuentes que influyen a ésta. Para que una consecuencia altere una conducta en particular, debe ser dependiente o contingente de la ocurrencia de un evento.

Una contingencia es la relación entre una conducta y los eventos que la siguen. Es importante la noción de una contingencia, porque las técnicas de la modificación conductual alteran la conducta por medio de la alteración de las contingencias que controlan la conducta.

Reforzamiento es el acto contingente a una conducta, que aumenta la probabilidad de presentación de la misma conducta, con lo cual se aumenta la frecuencia de una respuesta dada.

Los reforzadores positivos son eventos que se presentan después de que se ejecuta una respuesta e incrementa la frecuencia de la conducta a la que ellos siguen.

Los reforzadores negativos (eventos aversivos o estímulos aversivos), son eliminados después de que se ejecuta una respuesta y que aumenta la conducta que precedía a su eliminación.

Los reforzadores condicionados que incluyen eventos como elogios, calificaciones, dinero y la terminación de un objetivo, han adquirido su valor reforzante mediante el aprendizaje; estos reforzadores no refuerzan automáticamente, son reforzadores condicionados porque adquieren su valor reforzante mediante el aprendizaje.

Es importante mencionar, que el reforzador (positivo o negativo) siempre se refiere a un incremento en una conducta. El reforzamiento negativo requiere de un evento aversivo efectivo que puede ser eliminado o terminado después de que se ejecuta una respuesta específica.

El castigo es la presentación de un evento aversivo o la disminución de un evento positivo subsiguiente a una respuesta, que disminuye la frecuencia de esa respuesta.

Existen dos tipos de castigo, unos son los eventos aversivos que se presentan después de una respuesta (regaños, abofeteado), después de haber ejecutado.

El segundo tipo de castigo es la eliminación de un reforzador positivo subsiguiente a una respuesta.

En los dos tipos de castigo sucede alguna consecuencia que probablemente un individuo clasifique como indeseable.

En la extinción, el no reforzamiento de una conducta resulta en la reducción o eliminación eventual de la conducta. Este procedimiento es distinto del castigo, en la extinción no hay una consecuencia posterior a la respuesta.

El moldeamiento es la estrategia que favorece una conducta terminal, esta se logra mediante el reforzamiento de pasos pequeños o aproximaciones hacia la respuesta final, mas que mediante el reforzamiento de la respuesta final. Este requiere de conductas reforzantes que estén de antemano dentro del repertorio del individuo y que se asemejen a la respuesta terminal o que se aproximen al objetivo.

Por otro lado, los programas de modificación de conducta se pueden aplicar a casi todos los escenarios, poblaciones y conductas. Los principales pasos incluyen la identificación de la conducta-objetivo especificar que se va a enfocar, evaluar la conducta-objetivo y los eventos, antecedentes o consecuencias del programa.

El programa también requiere de una exposición clara de objetivo u objetivos y de una descripción cuidadosa de la conducta-objetivo, este cambio no se hace con solo enfocar a la conducta. Es importante especificar, las condiciones ambientales asociadas con la conducta y los cambios conductuales.

El objetivo es hacer que se desarrollen conductas ante ciertas condiciones de vida. Es importante considerar, que antes de realizar un programa de modificación de conducta se pueden seleccionar varios conceptos, etiquetas de rasgos usadas en el lenguaje cotidiano y en proporcionar definiciones conductuales alternativas para cada una.

La evaluación de la conducta es importante por dos razones. La evaluación determina la amplitud con la que se efectúan la conducta-objetivo. La evaluación refleja la frecuencia de ocurrencia de la conducta anterior al programa. Se conocen estas conductas como línea base o tasa operante. En

segundo lugar, es preciso que la evaluación refleje el cambio conductual después de que se ha iniciado el programa.

Es así como la modificación de la conducta en sus diversas formas es algo que se usa con mucha frecuencia con los retrasados mentales, y se han publicado muchos informes sobre tratamientos positivos con estas técnicas.

Por ejemplo, se ha observado que en programas de discriminación en pacientes psiquiátricos, se ha obtenido una mayor atención, ya que el aprendizaje de discriminación se reduce a colocar dos estímulos frente al sujeto y permitirle que seleccione uno de los dos, si el sujeto escoge el estímulo correcto, obtiene un reforzador; si el sujeto escoge el estímulo incorrecto, no obtiene nada.

CAPITULO 3: Retraso Mental.

A lo largo de este capítulo se mencionarán diferentes conceptos de lo que es el retraso mental.

3.1 Deficiencia Mental:

A los deficientes mentales se les define a aquellos niños que a causa de la gravedad de sus lesiones o deficiencias intelectuales, son incapaces de asistir a una escuela especial para niños con dificultades de aprendizaje porque no sacarían de ella el provecho debido. Sin embargo, son capaces de realizar actividades útiles y de conseguir una integración notable en la sociedad.

El desarrollo psíquico y mental de estos niños a los que intentamos prestar ayuda desde su primer año de vida hasta el vigésimo, se caracteriza a diferencia de lo que sucede con los niños no deficientes por un retraso, por una limitación relativa, por la falta de iniciativa, por una detención en cada una de las etapas del desarrollo.

Paralelamente, el desarrollo físico es casi normal, aunque está marcado por una cierta labilidad del estado de salud y por lesiones de la motricidad.

Por su parte, Rey, (1987) define el retraso mental como “El niño pequeño que no tiene el dinamismo y la plasticidad orgánica no tendrá una evaluación psicológica normal”. No servirá de nada multiplicar una serie de iniciativas y ejercicios que suelen ser convenientes a su edad real, ya que no podrá asimilar lo que se le presente.

El retraso mental se puede reducir a dos categorías: definiciones basadas en un mal rendimiento social y por lesiones cerebrales.

Otra forma en la que se han basado para la definición del retraso mental es en función del rendimiento de pruebas estandarizadas, es decir, todo aquel que tenga un C. I. Inferior a cierto nivel generalmente fijo en 70, es considerado como un retraso mental.

3.2 Las causas biológicas del retraso mental:

“Los niños mentalmente retrasados han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido serias anomalías en el desarrollo”.

La Asociación Americana sobre el Retraso Mental la define como un funcionamiento *intelectual que generalmente es inferior al promedio* que se origina durante le período de desarrollo y produce ciertas limitaciones en conductas de adaptación. Otros profesionales opinan que una baja puntuación del C. I. No es suficiente para designar a un individuo como retrasado mental, también debe ser incapaz de adaptarse a las exigencias naturales y sociales de su ambiente.

Por otra parte, el C.I.E. define la deficiencia mental como “presencia de un desarrollo mental incompleto o caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuye al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y las sociales.

El retraso mental es una condición en la cual el desarrollo cognoscitivo del individuo es inferior al de individuos promedio de edad similar. Esta definición no es precisa pues no indica las complejidades enormes que extraña el concepto de retraso mental. (Max 1994).

3.3 Factores hereditarios que influyen en el retraso mental:

1. Factores Genéticos No Específicos.

Se presentan en retrasos de diversos grados, en el cual el gen no está individualizado, siendo esta una transmisión hereditaria que se ha demostrado en estudios en correlaciones del C.I. de los padres y de los hijos.

2. Factores Genéticos de Ciertos Retrasos Mentales Específicos.

En estos casos se ponen de manifiesto genes anormales, dominantes o recesivos a través de procesos anatomofisiológicos bien definidos, ya que se trata de lesiones cerebrales (esclerosis tuberosa) u otros trastornos del metabolismo (oligofrenia).

3. Factores Genéticos de Ciertos Retrasos Mentales Específicos.

Este tipo de retraso no es propiamente hereditario, ya que se ha observado en estudios del cariotipo que revelan anomalías cromosomáticas entre las que más características son las que se presentan en el mongolismo.

3.4 Causas Patógenas Prenatales.

Las causas pueden ser infecciosas, parasitarias, tóxicas, incompatibilidad sanguínea, en condiciones no favorables durante el embarazo de la madre.

1. Infecciones y parásitos durante el embarazo pueden ser transmitidos de la madre al feto, teniendo como consecuencia lesiones cerebrales.
 - a) Sífilis.
 - b) Rubéola: La presencia de la rubéola dentro de los tres primeros meses, con frecuencia provoca malformaciones en el feto (cataratas, sordomudez, malformaciones cardíacas).
 - c) Toxoplasmosis.



2. Etiología Exotóxica (alcoholismo).

El riesgo que se corre cuando los padres son alcohólicos es más elevado que entre los niños de la población en general.

3.5 Factores Hormonales e Intoxicaciones Endógenas.

a) Las intoxicaciones endógenas.

Aquí se presenta cuando el feto puede ser afectado por intoxicaciones que resultan de la uremia de la madre.

b) Las compatibilidades sanguíneas y los problemas de la ictericia nuclear.

La ictericia nuclear puede presentarse en las incompatibilidades entre los grupos A, B, AB. Pero también, puede observarse fuera de toda incompatibilidad.

La compatibilidad sanguínea.

Por medio de estudios se ha permitido ligar a la compatibilidad de los grupos Rh-madre, padre Rh+ con la presencia en casos de ictericias grave del recién nacido, existe un número limitado de estos casos se complican de una afectación cerebral que dejan secuelas (trastornos del tono, sordera, oligotrenia).

3.6 Otras Condiciones Patógenas de la Gestación.

Es importante mencionar que el estado físico de la madre durante el embarazo y sus emociones son hipótesis de difícil comprobación que afectan para un retraso mental. Aún es más importante la edad de la madre, ya que la frecuencia del mongolismo crece con ella.

3.7 Causas en Relación con el Parto.

Se ha estudiado desde hace tiempo en el desarrollo encefalopatías infantiles para explicar las hemiplejias y displejias congénitas. Estos pueden originar un retraso mental.

Causas Procedentes del Medio Ambiente.

Los factores culturales, sociales y familiares son susceptibles de influir en el desarrollo intelectual del niño. El nivel mental se eleva en función de la clase social y de los recursos económicos de las familias consideradas, siendo esto lo contrario disminuye en mayor dimensión con las condiciones miserables de la familia. El coeficiente intelectual de una persona varía según el medio social, el medio rural o urbano, el lugar de nacimiento.

Los factores sociales en la determinación del retraso mental no son un descubrimiento nuevo, ya que existe el famoso salvaje del aveyron, ejemplo que ha permitido valorar (de un modo) hasta que punto la ausencia de relaciones interhumanas era perjudicial para el desarrollo intelectual. En efecto, la aptitud intelectual forma parte de la constitución del individuo al igual que la talla, pero admite, mucho más que la talla, la influencia educativa y afectiva del medio social.

3.8 Clasificación de los Retrasos Mentales.

Existe una gran variedad de clasificaciones sobre el retraso mental. En seguida se menciona:

Los débiles ligeros, educables, aptos, tras haberse beneficiado de una pedagogía especial, para una vida autónoma suficiente y una adaptación satisfactoria al mundo normal del trabajo. Su C.I. está entre 0.65 y 0.80.

Los débiles medios semieducables. Su C.I. entre 0.50 y 0.65, su reeducación puede llegar a una autonomía parcial y a un puesto de trabajo, con frecuencia de una insuficiencia motriz, de epilepsia.

Débiles profundo C.I. entre 0.30 y 0.50 son parcialmente educables y pueden llegar a una determinada productividad.

Los retrasados profundos inferiores a 0.30 anteriormente llamados idiotas, puede adquirir determinados gestos elementales de la vida cotidiana y adaptarse a una determinada vida colectiva, pero con una actividad improductiva.

Descripción Clínica de los Niveles de Retraso Mental.

– Los Débiles Ligeros y Los Débiles Medianos.

3.9 La mayoría de los autores, se refieren a tres criterios principales:

- a) Psicométrico. El nombre de debilidad mental los estados de retraso cuya edad mental está comprendida entre 7 y 10 años según la escala de Binet y Simón. Su C.I. se sitúa entre 65 y 80.
- b) Escolar: Definen al débil mental todo sujeto incapaz de seguir la escolaridad de los niños de su edad retraso escolar de 2 años, si tiene menos de 9 años, de 3 años si tiene más de 9 años, con la condición de que este retraso no sea debido a una insuficiencia de escolaridad (Binet y Simón).

- c) Social: Se considera débil mental todo sujeto incapaz, en razón de su insuficiencia mental, de llegar a sus autonomías.

3.10 Clasificación del Retraso Mental, según Davison.

El retraso mental se ha determinado en cinco niveles, de los cuales cada uno abarca una escala específica de inferioridad, situada en el extremo izquierdo de la curva normal de distribución de la inteligencia. Dentro de los niveles de retraso en los cálculos de frecuencia, aproximadamente una de cada seis personas deberían considerarse como retrasada. La mayoría de los individuos clasificados en el grupo fronterizo limítrofe de retraso mental a quienes tienen C.I. de 68 hasta 83 puntos. Añadiendo un punto de transición que abarque un C.I. de 67 puntos, la frecuencia se reduce a aproximadamente un 3 por ciento de la población, la cual significa que aproximadamente 6.250.000 ciudadanos de los Estados Unidos son retrasados mentales.

Retraso Mental Limítrofe C.I. 68 hasta 83.

Las personas bajo este rango son capaces de lograr una adecuada integración social y vocacional en la edad adulta. Durante sus años escolares, se les coloca frecuentemente en grupos de regularización. Un porcentaje de las personas que se encuentran en este rango no llegan a terminar la enseñanza secundaria y no pasan de llevar una existencia de bajo nivel socioeconómico y la mayoría de los adultos se logran mezclar con la población normal. De acuerdo con la mayoría de las normas legales y administrativas, no suelen considerarse que los miembros de este grupo sean lo suficientemente retrasados para que se les deban prestar servicios, de modo que no son admitidos en cursos o instituciones especiales.

3.11 Personalidad del Débil.

Se considera al débil mental como un enfermo de la inteligencia y esto no le permite construir su personalidad integrando su sistema de valores propios en una estructuración lógica de sus conocimientos. De ahí el carácter tosco e incompleto de esta personalidad débil. Su existencia está como acotada en sus perspectivas de previsión y de apertura al mundo. Su interés es restringido, sin capacidad de penetración intersubjetiva. Otra característica es que tiende a encerrarse dentro de rígidos límites como bajo la protección de barreras que a la vez son necesarias e insoportables. La personalidad del débil recuerda los aspectos de la personalidad neurótica, ya que reacciona por mecanismos de defensa contra su inferioridad, cuando no acepta ingenua y pacíficamente las sugerencias de los demás.

El débil es sugestionable y crédulo, defiende mal sus intereses, tiene un conocimiento imperfecto de su propia personalidad así como la de los otros. Es incapaz de hacer frente a situaciones nuevas que exigen un análisis previo de sus dificultades.

El síndrome psicomotor.

El desarrollo motor aparece en algunas ocasiones antes que la inteligencia. Es frecuente que la debilidad motora y la intelectual se interfiera o se complementen hasta el punto de que cada una remita a la otra.

Los trastornos motores y neurológicos de los débiles mentales han sido agrupados en un síndrome llamado debilidad motriz. sus características son la persistencia de la paratonia y de las sincinesias que deben desaparecer después de los tres años aquí se completa por la exageración de los reflejos tendinosos, la extensión del dedo gordo del pie, después de los 18 meses, los diversos trastornos del tono muscular (hipertonía), el temblor, los calambres y las convulsiones, el tartamudeo, los tics, etc. Estos trastornos impiden que el sujeto descubra progresivamente su cuerpo en movimiento. Estos síntomas indican una maduración nula y un defecto de la integración del sistema nervioso central.

Malformaciones:

Malformaciones relativamente discretas de las orejas, de los dientes, de la bóveda y del velo del paladar, del cráneo, de la cara.

La Inadaptación Social y Dificultades al Relacionarse.

En la mayoría de los casos el medio en que vive el débil mental determina los trastornos de su adaptación. En seguida se mencionan algunos tipos que pueden coexistir o suceder unos a otros:

- a) La presencia del débil mental puede ser bien tolerada.
- b) Es objeto de novatadas y de burlas.
- c) Están bajo tutela de sus padres, hermanos o en ocasiones de su mujer.
- d) Rechazo por las personas que lo rodean.

- La Debilidad Profunda (La Imbecilidad).

Es un retraso cuya edad mental se sitúa entre 3 y 7 años, el C.I. varía entre 20 y 50. Es capaz de protegerse entre los peligros más comunes, el fuego, el agua, las dificultades de la calle, pero no tiene la capacidad de aprender el lenguaje escrito y de ganarse la vida. Necesita una tutela y vigilancia constante. No es educable, no se puede emplear más que en tareas simples o en rutinas familiares.

3.12 Descripción Clínica.

El imbecil puede encontrarse todos los elementos del síndrome de debilidad motora, así como también observar síndromes neurológicos graves como son la hemiplejía, displejía, epilepsia.

Aparentemente, la memoria está bien desarrollada, pero habitualmente es infiel y corta. Las funciones de elaboración y de abstracción apenas existen prácticamente. El imbecil no concibe conjuntos y de elevarse hasta la idea general (conoce perfectamente un perro, un caballo, un cordero, pero no concibe la noción de un animal).

El lenguaje oral jamás se desarrolla normalmente. El vocabulario es restringido, la sintaxis esta simplificada y existen trastornos disfónicos.

El lenguaje escrito se basa en nociones abstractas, no puede desarrollarse.

El imbecil es indiferente, apático, casi vegetativo, cariñoso, dócil. ligado a los que lo rodean y apto para las reacciones antisociales.

Aspectos Médicolegales.

Estos actos se refieren a robos, atentados a la moral, golpes y heridas son de temer en estos sujetos, cuyas impulsiones instinto-afectivas no están frenadas por una suficiente integración del control voluntario.

3.13 El Retraso Profundo.

El grado más grave del retraso mental, el idiota, el cual no sobrepasa la edad mental de alrededor de 3 años, el C.I. es inferior a 20, no hablan, su lenguaje es rudimentario, no puede cuidar de si mismo, ni cuidarse de los peligros materiales más comunes. Es necesaria la vigilancia constante, así como también una asistencia permanente.

3.14 Descripción Clínica.

Se ven afectados principalmente la piel, sistema nervioso, órganos de los sentidos y al esqueleto. A menudo es de talla pequeña, el cráneo esta malformado (microencefalia, oxicefalia). La cara es más o menos asimétrica deformada y parecida a un animal. Los ojos, las orejas, los dientes, presentan anomalías. El tronco puede estar deformado por las desviaciones de la columna vertebral o por las anomalías del tórax y de la pelvis.

La psicomotricidad es rudimentaria. La mayoría de los idiotas son capaces de andar, también efectúan movimientos interactivos de balanceo del tronco o de la cabeza. Su cara se anima con muecas. Por lo general está inerte, más raramente agitado o turbulento.

Come suciamente y en la mayoría de las veces debe ayudarse a comer. La incontinencia urinaria y fecal es frecuente.

Carece de lenguaje oral. Pronuncia algunas palabras rudimentarias y expresa emociones por gestos o por gritos inarticulados.

El comportamiento sexual se manifiesta por una frecuente masturbación realizada sin pudor.

Lesiones y Malformaciones Cerebrales.

Las lesiones anatómicas más observadas en los estados de profunda oligofrenia. Son de carácter degenerativo, más raramente restos de encefalopatías prenatales o postnatales.

Al examen macroscópico se encuentran agenesias totales o parciales de diversas parte del sistema nervioso: del cerebro, la médula.

3.15 El Adulto Retrasado Mental.

El término retrasado mental se identifica inmediatamente en los niños, olvidándose de que estos niños crecen y se convierten en adultos. La mayoría de los programas en favor de los retrasados han estado ofreciendo servicios, principalmente para niños, descuidando a los adultos. Hasta hace poco no había más que dos alternativas para los retrasados mentales adultos; o iban a parar a alguna institución, lo cual lleva a la separación de la sociedad; o podían esforzarse por convertirse en miembros funcionales de la sociedad, con poca ayuda de las instituciones de educación especial. No existe ningún intento de proporcionar programas o servicios especiales para adultos retrasados dentro de la misma comunidad. En la actualidad estas deficiencias de programación se están remediando. Para poder llevar a cabo estos programas de rehabilitación es importante la participación de la comunidad en el establecimiento de buenos servicios para los adultos retrasados.

A partir de los primeros años de la década de los 60's se empezó a insistir en programas pequeños dentro de las respectivas comunidades. Estos servicios incluyen talleres supervisados, programas de capacitación laboral, centro de actividades, programas recreativos y algunas alternativas en la vivienda.

Para determinar si los individuos impedidos podrán vivir independientemente, conociendo y conservar un empleo que les reditue lo suficiente para cubrir sus necesidades. El trabajo es importante, no sólo porque proporciona al individuo el dinero que requiere para satisfacer sus necesidades materiales; los economistas hablan también del ingreso psicológico que se obtiene de un empleo, es decir, la posición socioeconómica, la mayor estima que se logra de si mismo por hacer algo significativo y productivo, el mayor número de contactos sociales, el verse libre del aburrimiento. Es importante para todo mundo y en especial para una persona impedida, la cual suele sufrir problemas de baja estima de si mismo, además de tener muy pocas oportunidades para hacer contactos sociales y desarrollar otros intereses.

No es fácil generalizar acerca del tipo de empleos en que los retrasados suelen encontrarse. Muchos aceptan empleos manuales de baja remuneración (trabajos de cocina, *mantenimiento*), muchas personas retrasadas pueden convertirse en obreros calificados, e incluso ascender a trabajos de oficina.

CAPITULO No. 4: El Trabajo del Psicólogo Clínico.

4.1 La Psicología en México.

En México la Psicología primitiva se encuentra vinculada a principios filosóficos, médicos, psiquiátricos, psicológicos entre las comunidades prehispánicas; particularmente, los aztecas. Estos acostumbraban consultar a los dioses, practicaban sacrificios e interpretaban augurios (prácticas que se relatan casi en cualquier crónica antigua). Una de las costumbres entre los aztecas era que el afectado augurio recurría al tonalpouhqui, quien mediante su autoridad y con palabras suaves, explicaba al “paciente” los motivos del augurio y la convivencia hasta eliminar de su mente la idea obsesiva de peligro. El papel de dicha persona era darle solución a los trastornos conductuales y emocionales de los enfermos. Este período se puede tomar como el inicio de la psicología que se caracteriza por un aspecto mágico, así como también de la medicina empírica.

En la conquista en 1521, se produjo un cambio trascendental en la historia y pensamiento de los pueblos indígenas. El pensamiento mágico y la religión politeísta tenían fundamentos muy diferentes a los de la religión cristiana, pero la influencia de ésta y de la cultura española provocó un cambio en la forma de concebir la enfermedad: de una idea mágica, a una persona desvalida que requería de cuidado y protección. Otra de las influencias fue la de la Santa Inquisición, haciendo que el concepto de “enfermedad mental” girara entorno a la religión.

La inquisición en México fue establecida en el Siglo XVI, en 1571 y fue abolida a principios del Siglo XIX. En sus inicios, la Inquisición ejerció sus medios represivos para castigar todo lo que en ese entonces se consideraba como herejía y violación a las leyes de la iglesia. Este concepto se aplicaba a todos aquellos que se apartaran de los dogmas de la iglesia católica; así a los perturbados mentales se les consideró como herejes y “poseídos por el diablo”. La influencia del clero fue notoria en la medicina y en especial en la psiquiatría; las enfermedades físicas fueron consideradas naturales y quedaron al cuidado de los médicos; las mentes fueron adjudicadas al demonio y se manejaban por el clero por medio de técnicas provenientes del exorcismo. El cual se encargaba de extraer el “espíritu maligno” del

paciente; de no dar resultado se recurría al castigo corporal, que podía llegar hasta la cremación.

Los cuadros clínicos que se conocen como: esquizofrenia, psicosis, epilepsia, entre otros y los trastornos de conducta caracterizados por alucinaciones, delirios, convulsiones, todas estas enfermedades siendo muestras indudables de la presencia del demonio.

El enfermo psiquiátrico de esa época, recibió una atención inadecuada, por personas no especializadas, temerosas a la enfermedad mental. En el Siglo XVI se crearon instituciones para el cuidado de los pacientes psiquiátricos. Así en 1566, Fray Bernardino Haurce, fundó el *primer hospital para enfermos mentales en América, llamado Hospital de San Hipólito* y reunía a los enfermos faltos de juicio como piedras vivas y entendimiento, por lo que se requería de cuidado.

En esta misma época, algunos filósofos y médicos publicaron obras de temas psicológicos, tales como el religioso Fray Alonso de la Vera Cruz, que abordó la filosofía y la psicología aristotélica.

A fines del Siglo XVII, José Sáyago por iniciativa propia, dió cuidado en su casa a un grupo de enfermos mentales. Después de un tiempo esta situación no fue suficiente y Sáyago recibió la ayuda de los jesuitas. El Arzobispo Aguilar y Seijas se hizo responsable de la institución hasta su muerte, hasta que la congregación del Divino Salvador, la tomó a su cargo.

En 1700, se construyó el Hospital del Divino Salvador, también llamado manicomio de la Canea; que en 1800 pasó a manos del gobierno. Por otra parte a fines del Siglo XVI hasta mediados del Siglo XIX, una institución privada dió asistencia a alineados provenientes del clero, conocida como el Hospital de la Santísima Trinidad.

En el Siglo XIX, se encaminó hacia una psicología independiente en México, a raíz de la revolución en el pensamiento del hombre, que surge de una filosofía de carácter liberal, la que subraya los valores humanos y pretendía eliminar todo aquello que impedía la libertad del ser

humano. Esta filosofía, que tuvo sus orígenes en Europa, influyó en América y principalmente en México, dando lugar a la Guerra de Independencia. En 1812 pasaron a ser administradas por el gobierno

Harrsh (1989), menciona que la psicología surgió de la Reforma instaurada por Benito Juárez en 1860; la psicología apareció como una disciplina separada y fue colocada en la pirámide de las ciencias entre la sociología y la historia.

Al finalizar el Siglo XIX se da un acontecimiento histórico clave para el desarrollo de la psicología, cuando el Doctor Ezequiel A. Chávez es nombrado fundador y primer profesor de un curso de psicología en la Escuela Preparatoria en 1893.

Ardila (1978), señala que el acontecimiento inicial en la psicología en América Latina fue la fundación del primer laboratorio de psicología experimental, en Buenos Aires 1898.

A principios del siglo XX se marca la búsqueda de la identidad de la psicología en México. En 1902, aparece la obra del doctor Enrique Aragón, *La Psicología*. En 1904 Chávez introdujo los conceptos de la psicología de Titchener al traducir sus obras; en 1908, el doctor Juan del Valle escribe sobre la introspección voluntaria; en 1911, el doctor Meza Gutiérrez aborda el tema de la ficción de la locura; en 1916, Enrique Aragón funda el primer laboratorio de psicología. En la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1919 se logra la institucionalización oficial de los enfermos mentales con la creación del manicomio general (La Castañeda). En 1920, aparece el primer libro de texto original mexicano. "Los principios de psicología de Bernardo Castellum". En 1928 el doctor Ezequiel Chávez publica su ensayo de psicología de la adolescencia, así como también se le acredita el primer esfuerzo por desarrollar una psicología del mexicano. En este mismo año, se fundó la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México como especialidad en psicología.

En 1937 se crea el grado académico de maestros en psicología por el propio doctor Chávez. Se inicia así el primer plan de estudios en la disciplina psicológica dentro de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. En 1939, españoles refugiados como Pascual del Rocal,

introdujeron las ideas europeas de Dilthey y Heidegger y la fenomenología de Husserl y la psicología de Legestad. (Harrsh, 1989).

En México la enseñanza de la psicología de esa época, se caracterizó por especulaciones y las preocupaciones tomistas y metafísicas. A finalizar los años cuarenta, la orientación filosófica-especulativa se ve impregnada de una corriente clínica, al incorporarse como docentes un gran número de psiquiatras y psicoanalistas; dando lugar a una confusión en la identidad profesional del psicólogo, debido a que se le consideraba como un subprofesional paramédico.

Para 1945, el plan de estudios de 1937 iniciado en la UNAM, fue modificado por el doctor Fernando de Ocaranza, quien creó el primer departamento autónomo de psicología. En 1948, se publica la introducción a la psicología científica por Oswaldo Ribot y Wudt. En 1950, el maestro en psicología Ramón Gómez Arias fundó la Escuela de Psicología en la Universidad Iberoamericana, incorporada en esa época a la UNAM (Meneses 1976), el desarrollo de la psicología a principios de los años cincuenta era precario y se desconocían los avances logrados en Estados Unidos y en Europa. En esta época las obras más consultadas eran las de Robles y la de A. Méndez Samará bajo el título de Breviario de Psicología. (Davison, 1992).

En 1950, se fundó la Sociedad Mexicana de Psicología, teniendo como objetivo la promoción de la psicología como disciplina científica y como área profesional dedicada a contribuir a la solución de aquellos problemas humanos relacionados con el comportamiento. En 1951, se fundó la Sociedad Interamericana de Psicología.

Para 1952, se creó en la UNAM un doctorado especializado en Psicología, independiente del doctorado en filosofía. En 1958, se creó en la UNAM un nuevo programa para obtener el título profesional de psicólogo en el nivel de licenciatura y se estableció un programa de posgrado de maestría y doctorado (Hallas, 1978), con especialidades en clínica, industrial y social.

En los años cincuenta, los profesores de ambas escuelas UNAM y UIA, eran psiquiatras, psicoanalistas, abogados y filósofos, bajo los enfoques psicoanalíticos y fenomenológicos

predominaron en esta época la psicología clínica y la educacional. En 1955, la Escuela de Psicología de la UIA se propuso incrementar el nivel académico y procuró evitar el sesgo psicoanalítico que tomaba la carrera dando apertura a otras tendencias como la experimentalista, la humanista, al estudio de la psicometría y la adquisición de aparatos para realizar investigaciones de psicología experimental.

En los sesenta, ocurrieron cambios importantes en el área de enseñanza, investigación y práctica de la psicología. Se incrementó la demanda de alumnos interesados en formarse como psicólogos, en las dos Universidades (UNAM y UIA). En ambas se fortalecieron los cursos con nuevo profesorado, mejoraron los programas, se introdujeron prácticas en hospitales, laboratorios, escuelas y clínicas, se iniciaron trabajos de investigación conjunta con universidades extranjeras y se incorporaron a los programas, cursos de neuroanatomía y neurofisiología que promovieron el interés por la investigación y la psicología experimental.

Para 1966, se llevó a cabo una reforma al plan de estudios de la UNAM, donde se culminó en un programa de cinco años para obtener el título de psicólogo profesional con la opción de especializarse en diversos campos de aplicación, además del clínico, el educativo, el del trabajo y el social. En 1968, quedó instalado el Colegio de Psicología en un lugar independiente de la Facultad de Filosofía y Letras.

En 1963, la UIA había iniciado los primeros estudios de posgrado, pero fue hasta 1967 cuando se aprobó oficialmente los programas de posgrado en tres especialidades: clínica, social e industrial. En ese mismo año, el doctor Juan Lafarga inició el primer programa en México para el entrenamiento de psicólogos en psicoterapia.

En 1967, se llevó a cabo el Primer Congreso Mexicano de Psicología, celebrado en la ciudad de Jalapa en el Estado de Veracruz, organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología. Aquí fue la primera ocasión en que se dió a conocer el resultado de la producción de la investigación y del ejercicio profesional del psicólogo mexicano.

El Colegio de Psicólogos de la UNAM, se convirtió en una Facultad independiente bajo la dirección de José Cueli. En el mismo año, la Escuela de Psicología de la UIA, bajo la dirección de Espinosa de los Monteros, obtiene de la Secretaría de Educación Pública, la libertad y autonomía para elaborar sus propios planes de estudio. También en ese mismo año, se da un gran avance en la psicología como profesión al obtener el reconocimiento oficial de la Psicología, por la Dirección General de Profesiones; a partir de este hecho se requiere cédula profesional para ejercer en la disciplina.

A partir de los años setenta se marca un momento importante en el desarrollo de la identidad de la psicología, dado que la enseñanza de esta disciplina se encuentra ahora guiada por psicólogos como Cueli Lara Tapia, Rodríguez, entre otros.

Asimismo, se han creado recientemente otras asociaciones profesionales además de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, la Asociación de Psicólogos Industriales, la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, el Colegio de Psicología y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar.

Por otro lado, es necesario continuar la reflexión y cuestionamiento de los alcances de la psicología, dónde se aplica, así como del rol y la identidad profesional del psicólogo.

El Psicólogo Clínico se enfoca a la difusión de servicios, a cubrir el aspecto preventivo en la comunidad, además de la atención del paciente interno en un hospital en coordinación con el equipo interdisciplinario, realizando valoraciones, diagnósticos, tratamientos y canalización

El Psicólogo Clínico se caracteriza por una gran diversificación del servicio y programas, lo que implica una amplia perspectiva de desarrollo técnico.

4.2 Situación Actual.

En los últimos años, ha proliferado la apertura de escuelas y departamentos que ofrecen la carrera de psicología a nivel licenciatura, ya que en 1940 sólo existía una institución que ofrecía un programa para el aprendizaje de conocimientos en psicología. Para 1950, eran dos universidades: la UNAM y la UIA. De 1957 a 1970 ya eran 11 las escuelas de psicología, dos en la ciudad de México, una en el Estado de México y ocho fuera de la Capital.

A partir de 1970 hasta 1979, se crearon 54 escuelas. Para 1980 publica López Parra y Guadarrama el análisis curricular de la enseñanza de la Psicología en México, con el apoyo institucional de la Universidad Autónoma de México, la Secretaría de Educación Pública, la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior y el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología.

Ante este panorama, se creó en 1971 el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. Este organismo se construyó con el fin de asesorar a las escuelas del país. Dentro de algunos objetivos están el impulsar la enseñanza y difusión de la psicología científica en las instituciones educativas de la República Mexicana: orientar la enseñanza e investigación de la psicología a la solución de los problemas sociales, técnicos y educativos; favorecer las becas de intercambio nacional y extranjero; promover la investigación interdisciplinaria entre la psicología y otras ciencias o profesionales.

Es importante mencionar, aunque existen varias revistas extranjeras, en México sólo existen la Revista de Psicología y la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, revistas de psiquiatría, neurología y psicoanálisis.

En la última década, se han incrementado las investigaciones en las áreas de:

Sensopercepción. Estos trabajos sobre la percepción visual y la relación con la transformación de la actividad neuronal en la experiencia subjetiva: la conceptualización de

una teoría de la percepción que interactúa con el aprendizaje y el pensamiento; la psicofisiología y farmacología del sistema nervioso.

Aprendizaje. Las investigaciones se basan en la tecnología conductual, sobre las características psicosociales que afectan las percepciones de los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje con base en la *teoría del yo* (Serna 1978), programa para el aprendizaje de la lectoescritura.

Memoria. Estudios sobre el moldeamiento dirigido por un esquema cognoscitivo para la comprensión y la retención (Harrsch, 1989).

Pensamiento. En esta área se siguen las teorías de Piaget, estudia las estrategias de pensamiento y la estructura del razonamiento del niño.

Lenguaje. Aquí se destaca en el estudio sobre los niveles de comunicación y manifestaciones en la actividad cerebral aplicada al campo de la comunicación terapéutica; el uso de la técnica de biorretroalimentación electrofisiográfica para el tratamiento de la tartamudez.

Inteligencia. Se ha dirigido a la adaptación y estandarización de pruebas como la de Wechsler para niños.

Motivación. En la investigación se encuentra el estudio sobre un programa para estimular la motivación y aprendizaje en niños.

Sentimientos y Emociones. La investigación de las reacciones emocionales, se encuentran los recientes planteamientos teóricos bajo el enfoque de los trastornos psicofisiológicos llamados psicósomáticos.

Personalidad. Sigue una variedad de enfoques como son el conductual; estudio de la ansiedad a través del análisis experimental de la conducta, esto sobre las características del terapeuta en relación con los resultados de la terapia: técnicas experimentales para el tratamiento de los

trastornos psicofisiológicos y en el tratamiento de la homosexualidad; técnicas de autocontrol para el tratamiento de la obesidad.

Desarrollo Social. Este trabajo se lleva a cabo con la familia del débil mental, rehabilitación de deficientes mentales, experiencias con dinámicas de grupo, estudios sobre psicología de la comunidad de enfoque psicoanalítico.

Todo lo anterior, nos da la oportunidad de tener un mayor conocimiento dentro de cada una de las áreas y más campo para un mejor desarrollo profesional.

4.3 El trabajo del Psicólogo en el Departamento de Rehabilitación.

En este punto, se describen las actividades que se realizan en el Psiquiátrico, como son: habilitar y rehabilitar a los usuarios en las actividades de la vida diaria (autocuidado, hábitos de alimentación y control de esfínteres), a partir de la modificación conductual de acuerdo a las capacidades físico-funcionales de cada uno de ellos. Realizar actividades sociorrecreativas y de psicomotricidad fina y psicomotricidad gruesa con los usuarios de acuerdo a las capacidades funcionales de cada persona.

4.3.1 Objetivos específicos para las actividades que se realizan diariamente:

La unidad inicia sus funciones con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida a los usuarios del Hospital, con retraso mental profundo.

- Adiestrar y entrenar a usuarios en las actividades de autocuidado (baño y vestido), de acuerdo a las capacidades físico-funcionales de cada uno de ellos.

- Adiestrar y entrenar a usuarios en la óptima utilización de utensilios en las actividades de alimentación de acuerdo a las capacidades físico-funcionales de cada uno de ellos.
- Adiestrar y entrenar a usuarios en la *eliminación espontánea en el orinar y defecar en el retrete* con independencia y con la mínima o nula necesidad de recordatorio, de acuerdo a las capacidades físico-funcionales en cada uno de ellos.

Actividades sociorrecreativas y de psicomotricidad fina y gruesa:

- Estimular en los usuarios la coordinación visomotriz y sensoperceptual.
- Fomentar la participación del usuario en actividades recreativas y deportivas.
- Fomentar la socialización del usuario dentro y fuera de la unidad terapéutica.

Se abordarán los programas de rehabilitación en las actividades de la vida diaria, como son: el autocuidado, hábitos de alimentación, control de esfínteres.

Los objetivos específicos son:

- El proceso rehabilitatorio y/o habilitarlo de los usuarios, en las actividades de la vida diaria, considerando sus capacidades físicas y funcionales.
- Apoyar a los usuarios en el desarrollo de actividades de psicomotricidad fina y gruesa y en actividades sociorrecreativas, a partir de su capacidad funcional.

Los usuarios se enfrentaron a un proceso de adaptación al ingresar a un medio ambiente nuevo, como el *reconocimiento del nuevo espacio físico relación con:*

- Asignación de cama.
- Reconocimiento del baño.

- Horario para el baño general.
- El traslado para la hora de hábitos de alimentación, de la unidad al comedor general.
- El número de usuarios con los que se trabaja: 31 con la patología de retraso mental profundo.

Durante las dos primeras semanas un grupo de usuarios se concentraba con frecuencia con una sola prenda de vestir, o bien, sin ninguna de estas y al finalizar se mantenían más tiempo vestidos por la mañana y parte de la tarde.

En un inicio, ocho usuarios recibieron sus alimentos en la unidad debido a sus limitaciones físicas, además de requerir asistencia personalizada. Dos de los usuarios de igual manera recibían sus alimentos dentro de la unidad por presentar conducta disruptiva en el comedor general.

Se identificaron a los usuarios que no mantenían la conducta de acudir al retrete, y a los usuarios que no tenían control de esfínteres (anal, vesical). Se identificó a un grupo de usuarios que permanecían la mayor parte del tiempo acostados en el patio de la unidad, a un grupo de usuarios que presentaron conducta disruptiva principalmente, en el desgarrar de ropa, usuarios que se desvestían en el transcurso del día y usuarios que continuamente presentaron conductas agresivas.

Se implementaron las siguientes medidas de trabajo:

- Dos sesiones semanales con el equipo de trabajo.
- Se trabajó con diez usuarios psicomotricidad fina.
- Se trabajó con quince de los usuarios psicomotricidad gruesa
- Se trabajó con los usuarios que participan en actividades de psicomotricidad gruesa y fina en acciones lúdicas y musicales.

- Se dió inicio con el programa de control de esfínteres con diez usuarios que lo requerían primordialmente, participando dos de los usuarios como monitores.

Las funciones del Psicólogo en el Departamento de Rehabilitación, dentro de las unidades, son de la siguiente manera:

- Supervisar las actividades de:
 - ◆ Baño diario de usuario.
 - ◆ Corte de pelo.
 - ◆ Corte de uñas.
 - ◆ Rasurado.
 - ◆ Cambio de ropa.
 - ◆ Aseo de manos antes de cada alimento.
 - ◆ Aseo de manos después de ir al sanitario.
 - ◆ Aseo dental.

- Hábitos de Alimentación:
 - ◆ Asistir al comedor general de usuarios.
 - ◆ Asignar al usuario el lugar que le corresponde dentro del comedor general.
 - ◆ Proporcionar la enseñanza al usuario para la adecuada utilización de utensilios y vigilar que respete la comida de sus compañeros.
 - ◆ Lograr a través de la motivación que el usuario deje limpio el lugar donde consumió sus alimentos.
 - ◆ Tratar de evitar conflictos entre los usuarios con la participación activa del equipo.
 - ◆ Registrar la actividad de los hábitos de alimentación.

- Realizar acciones donde el usuario participe activamente en tareas:
 - ◆ Ocupacionales.
 - ◆ Recreativas.
 - ◆ Deportivas.
 - ◆ Culturales.

- Fomentar y organizar diversos grupos homogéneos de usuarios para las actividades de:
 - ◆ Musicoterapia.
 - ◆ Ergoterapia.
 - ◆ Deportes.

- Registrar y modificar:
 - ◆ Conductas inadecuadas.
 - ◆ Tareas inadecuadas.
 - ◆ Actividades desempeñadas.
 - ◆ Logros.

- Fomentar y motivar:
 - ◆ Hábitos higiénicos.
 - ◆ Hábitos de alimentación.
 - ◆ Convivencia social.

Lo mencionado anteriormente, se instituyó con la finalidad de proporcionar una rehabilitación más acertada quedando establecida la necesidad de proporcionarla de acuerdo a las características físico-funcionales de los usuarios, para que dicha rehabilitación fuera de lo particular y no de lo general.

METAS:

1. Una de las metas de la rehabilitación en el hospital, es rescatar cada una de las habilidades que el usuario tenga y potenciarlas a largo plazo.
2. Proporcionar una reeducación y educación para que cada uno de los Usuarios puedan realizar actividades dentro de su medio ambiente.
3. Es importante mencionar, que para el Departamento de Rehabilitación como para todo equipo multidisciplinario, es proporcionar una mejor calidad de vida a los usuarios.
4. Fortalecer conductas que ingresan al repertorio básico, para que no se extingan y se mantengan en cada uno de los usuarios, en las áreas básicas.

Cuidado Personal: Vestirse y bañarse por sí mismos.

Hábitos de Alimentación: Comer adecuadamente, con la cuchara.

Control de Esfínteres: Que acudan por sí mismos al retrete par evacuar y miccionar.

EVALUACIÓN:

La evaluación constituye una parte fundamental, tanto para iniciar cualquier acción de tratamiento como para su seguimiento y obtención de resultados.

Para cubrir los objetivos planteados de los programas de la unidad según características de los usuarios, se determinaron para cada uno de ellos, conductas específicas que se identificaron como las básicas para realizar el adiestramiento y entrenamiento en cada una de las áreas, así como para llevar a cabo una valoración cuantitativa de la conducta de los usuarios, avances, retrocesos, conductas disruptivas, entre otras, a través de un formato de registro: (Ver Anexos).

1. Autocuidado: (Anexo 1).

Baño y vestido.

Se realizó un formato de registro conductual para cada una de las áreas en donde se consideraron las siguientes conductas como básicas.

1.A Acudir solo al baño.

Se refiere a que cuando el personal dé la instrucción general de que asistan a bañarse, el usuario se dirija por sí mismo al baño.

1.B Secarse solo.

Se refiere a que cuando el usuario sale de la regadera y se le proporcione una toalla y la instrucción de que se seque, lo haga por sí mismo.

1.C Vestirse solo.

Se refiere a los usuarios que al darles la vestimenta, por sí mismos puedan vestirse.

C.1 Intentar vestirse.

Se refiere a los usuarios que en general son asistidos al vestirse, pero se observa que hacen intentos de colocarse por sí mismos las prendas de vestir.

C.2 Solicitar ser asistido cuando puede vestirse por sí mismo.

Se refiere a los usuarios que pueden vestirse solos (por su capacidad físico-funcional), pero no quieren cooperar ni intentan colocarse las prendas de vestir y solicitan ser asistidos.

1.D Cooperar al vestirse.

Se hace referencia a todos los usuarios con distintos tipos de cooperación durante la actividad de vestido:

A) Usuarios que se visten solos.

B) Usuarios que intentan vestirse solos.

C) Usuarios que al ser asistidos no ponen resistencia.

1.E Conductas agresivas.

Se refiere a los usuarios que durante la actividad de vestido presentan resistencia y heteroagresividad.

Dichas conductas son observadas durante el adiestramiento y/o entrenamiento que se realiza diario con los usuarios, por lo que, los registros se llevan a cabo todos los días. Actualmente, el trabajo de modificación conductual está enfocado al área del vestido, permitiendo obtener resultados mensuales.

2. Hábitos de Alimentación (Ver Anexo 2).

Las conductas que se identificaron básicas, que ayudan a determinar si existen adecuados hábitos de alimentación y si el entrenamiento y/o adiestramiento a los usuarios está en retroceso y/o con avances, son las siguientes:

2.A Comer adecuadamente.

Se refiere a que al comer, el usuario manipule adecuadamente los utensilios (cuchara, vaso, plato, etc.).

2.B Derramar al comer.

Hace referencia a que el ingerir los alimentos con la cuchara en dirección del plato a la boca el usuario tire alimento, ensuciándose.

2.C Tirar residuos:

Se refiere a que el usuario comiendo tire alimento en la mesa, en el suelo y en su vestimenta durante su ingesta.

2.D Seguir instrucciones:

Se refiere a que los usuarios sigan instrucciones para dirigirse al comedor, formarse

para ingresar al mismo, sentarse en el lugar adecuado, etc., que en general, sigan toda clase de indicaciones durante la actividad de *alimentación*.

2.E Conductas agresivas:

Se refiere a aquellos usuarios que presenten resistencia y hetero-agresividad a obedecer instrucciones durante toda la actividad de alimentación.

3. Control de Esfínteres (Ver Anexo 3).

Para la evaluación del programa de control de esfínteres, se consideraron las siguientes conductas básicas:

3.A Acude solo al baño:

Se entiende por lo anterior, cuando se da la instrucción de dirigirse al baño y acude al mismo sin dificultad.

3.B Bajarse el pantalón:

- a) Lo hace.
- b) No lo hace.

3.C Sentarse en el retrete:

- a) Que por sí mismo se siente en el retrete.
- b) Es necesario ayudarlo para que se siente en el retrete.

3.D Se sienta adecuadamente en el retrete:

- a) Se refiere a que el usuario se coloque sentado en la posición adecuada.

3.E Permanecer sentado el tiempo requerido:

Se refiere a que el usuario no se levante rápidamente ni antes de terminar la micción o la evacuación.

3.F Subirse el pantalón al levantarse del retrete:

Se refiere a que inmediatamente de levantarse del retrete el usuario se suba el pans y no camine sin subírselo.

4. Actividades de Psicomotricidad y Actividades Sociorrecreativas (Ver Anexo 4).

Para la evaluación de las actividades realizadas se elaboró un formato de registro diario que cuantifica la participación del usuario, además de actitudes básicas durante el horario de trabajo.

4.A Trabajar psicomotricidad fina:

Hace referencia a los usuarios que participaron en alguna actividad de rayado, rasgado, moldeado, etcétera.

4.B Trabajar psicomotricidad gruesa:

Se refiere a los usuarios que participan en las actividades de juego, caminar, saltar, correr, etcétera.

4.C Resistencia.

Se refiere a los usuarios que no participan en las actividades de psicomotricidad y/o sociorrecreativas, o que durante dichas actividades se niegan a seguir participando.

4.D Conductas Agresivas.

Se refiere a los usuarios que durante las actividades de psicomotricidad y recreación, presentan heteroagresividad.

4.E Activo Productivo.

Se considera activo productivo a la participación del usuario en cualquier actividad en donde haya demostrado cooperación, disposición e integración en las actividades.

4.F Acostado/Dormido/Sentado.

Se refiere a los usuarios que mantienen la conducta de resistencia y que durante las actividades de recreación y psicomotricidad presentan estas conductas.

4.G Ausencia por Enfermedad.

Se refiere a que durante las actividades, el usuario no estuvo presente en éstas, por encontrarse enfermo.

Esto permite dar una evaluación periódica del comportamiento de cada usuario y realizar para cada uno de ellos, programas específicos de estimulación.

A N E X O S

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

DIAGNOSTICO EN BAÑO Y VESTIDO

REHABILITACION

NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											
29.											
30.											
31.											

- A. Acudir solo al baño
- B. Secarse solo
- C. Intentar vestirse

- D. Coopera al vestirse
- E. Usuarios que al ser asistidos no ponen resistencia
- F. Conductas agresivas

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

DIAGNOSTICO EN HABITOS DE ALIMENTACION

REHABILITACION

NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											
29.											
30.											

A: Comer adecuadamente

C: Tira residuos

E: Conductas agresivas

B: Derramar al comer

D: Sigue las instrucciones

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

DX. EN REHABILITACION PSICOSOCIAL

REHABILITACION

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1 Trabaja psicomotricidad fina																																
2 Trabaja psicomotricidad gruesa																																
3 Es activo productivo																																
4 Resistencia																																
5 Conductas agresivas																																
6 Activo productivo																																
7 Acostado dormido																																
8 Ausencia por enfermedad																																

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación bibliográfica es el dar a conocer las actividades que desarrolla el Psicólogo Clínico en el ámbito público institucional. En este trabajo se muestra al psicólogo como un profesional de la salud mental que ejerce su profesión en varios campos de acción; desde el trabajo institucional hasta el ejercicio profesional privado, desde innovar y crear hasta promover y mejorar, beneficiando significativamente a la sociedad.

Dentro de una institución pública el psicólogo se sirve de sus herramientas profesionales tales como aplicación de encuestas, cuestionarios o pruebas psicométricas, trabajos de laboratorio experimental, con la finalidad de participar en la modificación de condiciones ambientales en el ámbito educativo y comportamental del individuo cognocente.

Dentro de la Institución Pública encontramos los hospitales psiquiátricos, que en 1967 vienen a modificar el sistema manicomial de la antigua Castañeda, en donde el quehacer del psicólogo era limitado. Pero con las modificaciones estructurales de las asistencias de salud, su papel hoy juega parte importante en el proceso rehabilitatorio del paciente psiquiátrico; con el propósito de mejorar la calidad de la atención en los diversos servicios que presta la institución.

La Institución Psiquiátrica actual como prestadora de servicio de salud mental, a cobrado mayor relevancia debido al crecimiento desmesurado de los trastornos mentales y del comportamiento que requieren mayor y mejor trato; es por eso que el psicólogo debe actualizarse permanentemente para ejercer un papel eficaz y profesional.

Uno de los servicios que tiene gran importancia dentro de este tipo de institución es el de rehabilitación que se caracteriza por mantener el trato directo y personalizado con el paciente psiquiátrico. En el cual el psicólogo aplica su calidad profesional y humana, que conlleva a mejorar la calidad de atención en estos pacientes.

Es así como el psicólogo en una de sus actividades multifacéticas, desarrolla programas especializados para pacientes que con un diagnóstico de rehabilitación, contribuyan a la modificación conductual que conlleva a una mejora importante en su calidad de vida.

Hoy, en mi ejercicio profesional cotidiano, me doy cuenta que durante mucho tiempo el personal docente de las universidades no atienden del todo las necesidades que exige la sociedad, y en específico, un hospital psiquiátrico, que día con día demanda más profesionalismo y calidad humana.

Para lo anterior, ejecuto esta búsqueda bibliográfica que como psicólogo me da herramientas suficientes y necesarias para el mejor ejercicio de la profesional y mi calidad de intervención como parte de un trabajo conjuntamente multidisciplinario que forma parte indispensable en el proceso rehabilitatorio psicosocial del individuo hospitalizado, con el afán de contribuir a la mejora de su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ARDILA, R. (1978). “El Análisis Experimental del Comportamiento. La Contribución Latinoamericana”. México. Trillas.
- ASHEN B. Y POSER F. (1977). Modificación de la Conducta en la Infancia. Vol. 3 Autismo, Esquizofrenia y Retraso Mental. Barcelona. Fontanella
- BACH, H. (1981). La Deficiencia Mental. Aspectos Pedagógicos. Colombia. Cincel Kapelusz.
- BIJOU S. W. Y RIBES, E. (1972). Modificación de Conducta, Problemas y Extensiones. México. Trillas.
- BRACELAN (1967). Psiquiatría Moderna. Madrid. Gredos.
- BRUNER, A. Y BRUNER, F. (1972). La Educación de un Niño Deficiente Mental. Vol. 2 Madrid. Aguilar.
- CASTAÑEDA, C. (1993). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México. Manual Moderno.
- CARR, C. (1990) Retraso Mental Conceptos para un Cambio Institucional. México. Trillas.
- CARR, C. Y SWARTZ, J. D. (1975) Retraso Mental. Conceptos para un Cambio Institucional. México. Trillas.

- CASTILLA DEL PINO, C. (1982). Introducción a la Psiquiatría 1. Madrid. Alianza Universidad.
- CORONADO, G. (1978) Tratado Sobre Clínica de la Deficiencia Mental. México. Continental.
- COVINI F. Y OTROS (1987) Hacia una Nueva Psiquiatría. Barcelona. Herder.
- DAVISON, G. (1992). Psicología de la Conducta Anormal. México. Limusa.
- EDGERTON, R. (1985) Retraso Mental. Madrid. Morata. Serie Bruner.
- FRANCES, A. Y OTROS. (1995). DSM IV Barcelona. Manson.
- GALINDO E. (1994). Modificación de la Conducta. Educación Especial. México. Trillas.
- GAMICA, P. R. (1991) Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría. México. Trillas.
- GRAZIANA, Y. (1997) Terapéutica de la Conducta en la Infancia. Fontanella. Barcelona.
- HALLAS, H. (1978) Cuidado y Educación de Subnormal. México. Salvat.
- HARRSH, A. (1989) El Psicólogo ¿Qué Hacer? México. Alambra.
- HENRI, E. (1980) Tratado de Psiquiatría. México. Masson.

- HOWARD, H. (1989) Psiquiatría General. México. Manual Moderno.
- INGALLS, R. (1982) Retraso Mental. La Nueva Perspectiva. México. Manual Moderno.
- JOHNSON, M. (1979) La Educación del Niño Deficiente Mental. Colombia. Cincel Kapelusz.
- KELLER, R. S. Y RIBES, E. (1972). Modificación de Conducta. Aplicaciones a la Educación México. Trillas.
- KIRK, S. A., KARNES, M. B. Y KIRK W. (1957). La Educación del Niño Retrasado. Barcelona. Fontanella.
- KLOB, L. (1971). Psiquiatría Clínica Moderna. México. Prensa Mexicana.
- MACKINNO. (1971) Psiquiatría Clínica Aplicada. México. Interamericana.
- MAX C., H. (1984) Los Niños con Retardo Mental. México. Fondo de Cultura Económica.
- MAYER GROSS W., SLATER, E. (1967) El Niño Deficiente Mental. Buenos Aires. Paidós.
- NOYES (1992) Psiquiatría Clínica Moderna. México. La Prensa Médica Mexicana.
- POSTEL Y QUETEL C. (1987). Historia de la Psiquiatría. México. Fondo de Cultura Económica.

- RAMIREZ, J. (1997) Biografía Dr. Samuel Ramírez Moreno. México.
- RAMIREZ, R. (1884). El Manicomio. Informe Escrito por Comisión del Ministerio de Fomento. México.
- RAYE, K. E. Y BIJOU, E. W. (1978). Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción. México. Trillas.
- REY, A. (1987). Retraso Mental y Primeros Ejercicios Educativos Colombia. Cincel Kapelusz.
- RIBES, E. (1976). Técnicas de Modificación de Conducta. Su Aplicación al Retardo en el Desarrollo. México. Trillas.
- ROESSLER, R Y BOLTON (1981). Rehabilitación Física, Mental y Social. México. Limusa.
- RUTTER, M. (1985). Fundamentos Científicos de Psiquiatría del Desarrollo. México. Salvat.
- SANCHEZ, S. (1990). Diccionario de las Ciencias de la Educación. México. Santillana.
- SALOMON, P. Y PATCH, V. D. (1972). Manual de Psiquiatría. Manual Moderno.
- SARASON, I. G. (1983). Psicología Anormal. México. Trillas.
- SZASZ, T. (1968). El Mito de la Enfermedad Mental. Buenos Aires. Amarronto

- VALENCIA Y COOLS (1986). Un Programa de Intervención Clínica en un Hospital. México Salud Pública.
- WATTS FRASER N Y BENNET (1991). Rehabilitación Psiquiátrica. Teórica y Práctica. México. Limusa.
- YATES, A. J. (1978). Teoría y Práctica de la Terapia Conductual. México. Trillas.