



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
DEL SISTEMA INCORPORADO A LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 3172-25

DISEÑO DE TALLER: REEDUCACIÓN PSICOMOTRIZ
PARA ENFERMOS MENTALES EN RECLUSIÓN (CE.VA.RE.PSI).

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA:

PRESENTA

JULIETA GARCÍA SORIANO

DIRECTOR DE TESIS

LIC. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ

MÉXICO, D.F

_____ 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A mis padres **Guadalupe Soriano Contreras** y **Alejandro García Flores** por su amor y apoyo incondicional, por saberme guiar, inculcarme valores, por sus enseñanzas y brindarme la oportunidad de estudiar. Porque sin cada uno de sus regaños, consejos, desvelos desde que juntos comenzamos este viaje de estudiante y esfuerzos, no sería posible llegar hasta aquí. Y así como comenzamos, ahora juntos vemos la culminación de esta etapa de mi vida como profesionista.

A mi hermana **Alejandra García Soriano**, por su amor, sus enseñanzas, por cuidarme, explicarme y ayudarme cuando lo necesitaba, por cada uno de sus consejos y momentos especiales, así como por su ejemplo de lucha y fortaleza.

A mis pequeños sobrinos **Fernanda Guzmán García** y **Juan Miguel Guzmán García**, que me han llenado de tanto amor y orgullo, porque sin darse cuenta a diario me han hecho entender el significado de la frase “aprende a enseñar y enseñando aprenderás”, y eso me impulsa a seguir preparándome y ser mejor persona y profesionista.

A mi esposo **Israel Romero López**, por su apoyo incondicional, por alentarme en todo momento, por su ejemplo, por llenar de momentos felices mi vida y nuestro hogar y hacerme sentir orgullosa por sus logros y por su amor infinito.

A mi asesor **Víctor Manuel Becerril Domínguez**, por guiarme en este último paso como universitaria, por su dedicación y excelencia como docente, por ser una maravillosa persona y motivarme para lograr mi objetivo.

A **Alejandra García de la Torre** Psicóloga en CE.VA.RE.PSI por su gran apoyo durante este proceso, consejos, por compartirme su experiencia y amistad.

A mi **Universidad de Negocios ISEC**, mi alma mater por darme la oportunidad de formar parte de su comunidad estudiantil, brindarme las herramientas necesarias para enfrentar la vida como Psicóloga y la fortuna de contar con excelentes profesores.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1: Breve recorrido por la historia de la enfermedad mental	6
1.1 Manicomios, hospital psiquiátrico	9
1.2 Enfermedad mental	14
1.3 Locura y reclusión en la Ciudad De México	17
1.4 Salud mental en México	22
1.5 La atención a enfermos mentales en reclusión.	23
1.6 Población inimputable	26
1.7 Población vulnerable	27
1.8 Atención a población vulnerable	28
1.9 Atención a enfermos mentales e inimputables	28
1.10 Planteamiento de programas específicos	29
1.11 Psicología	30
1.12 Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI)	31
1.13 Actividades que se realizan en CEVAREPSI	31
Capítulo 2: Psicomotricidad	34
2.1 Psicomotricidad, ritmo y expresión corporal.	38
2.2 Motricidad fina y gruesa	41
2.3 Educación psicomotriz.	42
2.4 Psicomotricidad y desarrollo cognitivo.	45
2.5 Psicomotricidad y afecto.	45
2.6 Psicomotricidad y socialización.	46
2.7 Importancia de la psicomotricidad y la expresión dinámica.	47
2.8 Esquema corporal.	51
Capítulo 3: Rehabilitación psicosocial.	57
3.1 Evaluación.	61
3.2 Diseño del taller de educación psicomotriz para enfermos mentales en reclusión.	64
3.3 Procedimiento	65

3.4 Método	65
Capítulo 4: Conclusión	108
Referencias	114
Anexos	122

Resumen

El presente trabajo de corte cualitativo tiene como objetivo principal implementar un programa de fortalecimiento de habilidades tanto físicas como psicológicas que faciliten el proceso de adaptación de personas con enfermedad mental y que además se encuentran recluidas para que les permita ser mayormente autónomos en su entorno inmediato. Por ello se echará mano de la educación psicomotriz permitiendo que las conductas motrices se precisen y se diversifiquen favoreciendo el desarrollo de su personalidad.

El presente trabajo se desarrolla en cuatro capítulos los cuales están ordenados de acuerdo al compendio de la información, así como por el plan de intervención del diseño del taller.

En el capítulo uno se plantea la problemática, es decir las características que presentan el problema que se detectó en el centro, así como los objetivos y la justificación del presente trabajo.

Seguido de una breve reseña sobre la historia de la enfermedad mental, de cómo se concebía en la antigüedad hasta la concepción de la misma en la actualidad, así como de la función y trato que se les daba en los manicomios y sobre la salud mental en México. Así como de la atención que se ha venido dando a enfermos mentales en reclusión que son una población vulnerable e inimputable y cuál es la intervención de la psicología.

Finalizando con una descripción de la función del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial que es donde se encuentra principalmente la población inimputable.

En el capítulo dos se abordará el tema de la psicomotricidad que es la parte medular del presente trabajo, hablando de los antecedentes y principales exponentes de ésta disciplina, en este capítulo se describirá qué es motricidad fina y gruesa.

Seguido del desarrollo de la educación psicomotriz, cómo se aborda, las actividades que se realizan para el fortalecimiento de habilidades físicas y psicológicas así como

las repercusiones en los diferentes ámbitos; social, afectivo, cognitivo de este tipo de población que sin excepción son seres biopsicosociales.

Abordando posteriormente el tema de la rehabilitación psicosocial y la evaluación, dirigido a personas con enfermedad mental.

En el capítulo tres, se describe el diseño del taller “Reeducación psicomotriz”, es decir, el procedimiento y método, en el que se encuentra un formato que servirá de filtro para saber qué internos son viables para participar en el taller, así como una lista de materiales, los horarios y cartas descriptivas.

Finalmente en el capítulo cuatro, se discute y analiza la utilidad de las dinámicas de psicomotricidad que se realizarán en el taller, así como la importancia y el impacto que tiene el trabajo en las personas con enfermedad mental que se encuentran recluidas de CE. VA. RE. PSI.

Introducción

La presente propuesta de hacer un taller surgió al observar las dificultades psicomotrices en los internos, durante mi estadía en el centro al realizar mi servicio social, por ello el siguiente diseño de taller se proyecta para la aplicación de dinámicas con actividades de psicomotricidad en enfermos mentales que ha delinquido para reeducarlos y que puedan llegar a un auto cuidado, fortalecimiento de las habilidades y una mejor calidad de vida.

Se ha observado en los internos del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, que existe dificultad en el proceso de adaptación y comportamiento; debido a baja tolerancia a la frustración y bajo control de impulsos, de tal forma que provoca que el interno no sea capaz de comportarse de manera consistente en su propio interés y no tener en cuenta los intereses de los demás.

Por ello es importante implementar programas de intervención integral que permitan al interno cuyas habilidades psicomotrices se encuentran disminuidas, rehabilitarlo para facilitar el proceso de adaptación y comportamiento, estimulando el aprendizaje así como el desarrollo psicológico y físico, abarcando aspectos emocionales, motrices y cognitivos. Echando mano de la reeducación psicomotriz permitiendo que las conductas motrices se precisen y se diversifiquen favoreciendo el desarrollo de su personalidad.

Porque reeducar a los internos del CEVAREPSI¹, ayudará en la mejora del comportamiento; para lograr un avance significativo, necesario en los internos debido a su disminución en el funcionamiento adaptativo y comportamiento, de tal forma que logren enfrentar las exigencias del medio.

Ya que con la educación psicomotriz y expresión corporal que se expone a lo largo de este trabajo, tomando como instrumento al propio cuerpo que constituye una importante vía de canalización de aptitudes, de liberación, hallazgo y toma de conciencia de las posibilidades personales, abre el camino a la necesidad real de

¹ Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial

manifestarse del ser humano y favorece el desarrollo armónico del mismo en su totalidad psicofísica.

Por consiguiente, dicho taller tendrá implicaciones prácticas para CEVAREPSI, de ahí que ayudará a disminuir problemas entre los internos.

Todo ello con el objetivo de hacer la implementación del taller de educación psicomotriz de manera grupal pero a la vez efectivo para enfermos mentales que han delinquido, sustentado en el modelo cognitivo-conductual, que provoque un aprendizaje significativo en los internos de manera que mejorará su adaptación y comportamiento, ya que la actividad psicomotriz repercute de forma positiva en interacciones con el entorno social, capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás y coadyuvando al tratamiento en el centro.

Con lo que se busca específicamente:

- Brindar al interno elementos en forma continua de mejora en su conducta mediante la estimulación de motricidad fina y gruesa que benefician el repertorio de conductas tales como: el autocuidado, la conciencia corporal, la adherencia al tratamiento.
- Aceptar el cuerpo y percibir sensaciones corporales.
- Reconociendo las diferencias corporales de uno mismo y de los demás.
- Mejorar o mantener el nivel de autocontrol, la atención y comprensión de los internos a través del impacto que tenga el taller sobre sus procesos mentales.
- Incrementar la relación positiva para con los demás mediante dinámicas grupales en las que se involucran control de movimiento, para ayudar al manejo de impulsos, tolerancia a la frustración y el respeto. Promoviendo también la participación de los internos en los programas académicos, culturales y más.

- Fomentar la socialización e interacción entre los internos mediante la invitación a participar en el taller de educación psicomotriz.
- Mediante la interacción entre los internos dentro del taller, les permita conocerse a sí mismo y a los demás, con el fin de aumentar su motivación y elaborar un autoconcepto favorable.

Como dato referencia tenemos que, de acuerdo a la estadística de población en reclusión en México, hasta el año 2010 había 242,330 reclusos y de acuerdo al Presidente del Consejo Mexicano de Psiquiatría el Dr. Joaquín Alejandro Soto (2010) el 70 por ciento de los presos en las cárceles mexicanas padece algún tipo de enfermedad mental que los llevo a cometer algún delito. Explicó que de ese porcentaje sólo algunos reclusos “se regeneran” ya que la rehabilitación psicosocial que reciben en los reclusorios es escasa debido a la falta de recursos económicos y humanos para brindarles una adecuada atención.

Tenemos entonces que de los 41,082 internos en las cárceles del Distrito Federal, del 70 por ciento que esta diagnosticado con algún grado de enfermedad mental grave, sólo 379 se encuentran reclusos en el CEVAREPSI. (Subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2013).²

²Derechos del enfermo mental. Javier Saldaña. Cámara de diputados LVIII Legislatura. 2000. México

Capítulo 1: Breve recorrido por la historia de la enfermedad mental

Hablar de la historia sobre la enfermedad mentales tan antiguo como la historia del ser humano, y es hacerlo sobre la historia de las ideas que han influido en forma directa sobre la evolución, la actitud y la valoración de las dolencias mentales.

El hombre de cada época se ha enfrentado al problema de la salud mental en base a la cultura, política, conocimientos, el avance de la ciencia, etc. Propio del momento histórico. Pero en general, en la prehistoria el concepto de enfermedad (física y mental) no existía tal como la conocemos, sino dentro de un concepto empírico o mágico como parte de la cotidianidad del ser humano, las civilizaciones antiguas contemplaron la enfermedad mental como algo mágico o mitológico.

En el Siglo V, A.C. aparece Hipócrates, que expone que sólo había una causa biológica de las enfermedades y que los tipos estaban basados en una mezcla de humores corporales, así, la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, permitían catalogar cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico.

Con el inicio de la edad media aparecen enfoques que dan una nueva visión a la naturaleza y al ser humano, se vuelven concepciones místicas y esotéricas, no guiadas por la razón y con el aumento del poder y el dominio de la iglesia se fortalece la idea de que las enfermedades mentales están relacionadas con posesiones diabólicas, por lo que la superstición, la demonología y el exorcismo vuelven con toda su amplitud. Esto marca un retroceso en el estudio y atención de pacientes mentales ya que el concepto de *poseso*, los llevo al punto de ser considerados herejes o brujos por lo que fueron estigmatizados, rechazados y habitualmente condenados a morir en la hoguera.

La creencia más generalizada fue, que el trastorno se debía a una posesión demoniaca, en este caso los que atendían a las personas que lo padecían eran chamanes, brujos o hechiceros, usando técnicas de diagnóstico tales como: adivinación, por medio de amuletos, talismanes, máscaras, encantamientos, hechizos, sacrificios entre otros.

Con la llegada del renacimiento (siglos XV-XVI) surge el humanismo, doctrina con una nueva visión del ser humano, donde se define al hombre como un ser individual y se cuestionan los conceptos sobrenaturales y teológicos propugnados por la iglesia. Pero no dejando de lado su fuente cristiana que se alimenta de ideas científicas de la Antigüedad y produce un gran movimiento contra los desmanes de la Inquisición.

Uno de los principales exponentes fue J. Weyer, aunque sigue considerando la existencia del diablo, distingue claramente que muchos de los procesos herejes y brujos no eran sino enfermos mentales que debían haber sido atendidos y no castigados; posición revolucionaria en esa época.

En esa época en España, Francia y Austria se crean los primeros hospitales mentales y el primer hospital en América es el San Hipólito, en México, fundado por Bernardino de Álvarez. Sin embargo en el siglo XVII en Europa la atención al paciente mental sufre un retroceso, continua el rechazo y la marginación, aunque ya no se somete a los enfermos mentales a la hoguera, comienza un movimiento de aislamiento y marginación, son encerrados, ya que se consideran asociales de igual calaña que ladrones, vagabundos, prostitutas, degenerados, “locos sociales”, etc. A los “locos” se les encierra con la intención de educar y moralizar sobre la naturaleza salvaje de su irracionalidad.

Para los siglos XVIII-XIX, se genera un movimiento sobre la atención “a los grandes encerrados” y se hacen importantes los conceptos de libertad, ciudadanía y el derecho a la propiedad, lo que conduce a la libertad de los enfermos a centros adecuados.

Así Pinel, se convierte en el primer personaje que libera de sus cadenas a los alienados³ de los hospitales y sentó las bases del “tratamiento moral” de los pacientes y con esta nueva aproximación al enfermo mental surge una mayor atención a los signos clínicos y a su explicación. Poco a poco se produce una mayor

³ O enajenación: proceso en el que el sujeto se convierte en extraño para sí mismo o partes de sí mismo. El término de origen filosófico, suele ser utilizado como sinónimo de *locura (v)* y con esta acepción se utiliza psicología forense. Término introducido por Hegel. Diccionario de Psicología. Siglo veintiuno editores, 2006, pág. 384

aceptación de “*la locura*”, lo que conlleva a que aumente la creación de instituciones centradas en el cuidado de enfermos mentales.

Para el siglo XX, el aporte de Kraepelin, quien desarrollo un sistema de clasificación descriptiva, sistematizada de los trastornos psiquiátricos, permitió hallar un lenguaje clínico común y acercar a una mejor comprensión de lo investigativo y de los psicopatológico.

Pavlov y Thorndike con sus trabajos dan un enfoque alternativo, sobre reflexología y la ley del efecto da base al actual conductismo, formulando el condicionamiento instintivo y abren la puerta a la psiquiatría experimental constituyendo los pilares actuales del conductismo.

Sigmund Freud y el psicoanálisis. Uno de los pilares de la concepción dinámica del enfermar psíquico con el desarrollo de su teoría psicoanalítica. Con sus teorías y trabajos permitió que se comprendieran los fenómenos y el papel del inconsciente, así como del determinismo psicológico en muchos actos irracionales y mecanismos de defensa para disminuir o atenuar la angustia, lo cual tiene como fin la adaptación del individuo a su entorno social.

Asimismo Freud, 1813 señala que las enfermedades mentales presentan analogías sorprendentes y profundas con grandes producciones sociales del arte, la religión y filosofía. Como lo expresa en su libro “*Tótem y Tabú*” casi se podría decir que una histeria es una obra de arte deformada, una neurosis obsesiva es una religión deformada y un delirio paranoico es un sistema filosófico deformado”.

Hacia 1960, la generalización de la farmacología en el tratamiento de las enfermedades mentales puso fin a la nosografía de Kraepelin y el enfoque freudobleuleriano, remplazando así, el asilo por la camisa de fuerza, la clínica por el diagnostico conductual, la escucha del sujeto por la tecnologización del cuerpo.

El Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (actualmente en su IV edición revisada) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la clasificación de

las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud, utilizan un enfoque multiaxial, esta forma de arribar a grupos más homogéneos aún biológicos es atórica.

El CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de facilitar la obtención de datos estadísticos sobre la Salud Mental.

A la fecha se necesita una nosología que supere la concepción Kraepeliniana tradicional, una nueva clasificación, que presente pruebas de que las nuevas categorías diagnósticas son válidas y deberá ser superior a los intentos realizados.

1.1 Manicomios, hospital psiquiátrico

Una casa de alienados es un instrumento de curación; entre las manos de un médico hábil es el agente más potente contra las enfermedades mentales. Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772–1840).

La palabra manicomio viene del griego *mania* (locura) y *komion* (lugar). Es decir significa “lugar para locos”, la palabra “manía” caracteriza loquera con demasiada energía, es decir con agitación y furor. De ahí los términos “maniático”.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, la palabra manicomio viene de las palabras *μανία* (manía) y el verbo *κομω* (komo,-eo) cuidar, o sea establecimiento destinado al cuidado de “locos”.

En la edad media el destino para los locos que al parecer contaban con parientes o vecinos que consentían en sostenerlos en su seno, corrían mejor suerte que los que carecían de ellos, si bien no eran expulsados del grupo, también es cierto que ello no incluía cuidados ni tratamientos. Si el enfermo era tranquilo, era relegado, pero de todas formas era objeto de burlas, erigiéndose en el centro de bromas y diversión que muchas veces incluía tratos brutales.

Pero si el “loco” era violento, frenético y peligroso, la misma familia pedía su encierro, trámite que se decidía por vía judicial con escasa o nula intervención de la medicina. Para la época clásica los hospitales tenían el aspecto de cárceles y su finalidad era corregir la conducta.

Un hospital psiquiátrico es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas o “locura” (enfermedades mentales) cuenta con internamiento, derivan históricamente de los *asilos para locos o manicomios*.

En sus orígenes fueron templos griegos, luego por el periodo del oscurantismo las personas eran reclusas en instituciones donde no recibían tratamiento y cuando presentaban conductas trastornadas eran encadenados; así es como Pinel hizo retirar las cadenas a esas personas y comenzó a tratarlas humanamente.

En la actualidad ya se cuenta con la mayoría de los servicios médicos de un hospital general además de servicios profesionales específicos para tratar enfermedades mentales como son: psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros especializados, etc.

De acuerdo al Doctor Mata 1865, La creación de manicomios o asilos de enajenados criminales es el medio más en armonía con ideas dominantes y más humano, deberán ser encerrados perpetuamente en estos asilos los criminales privados de los sentimientos de humanidad y de probidad, necesarios para la vida común, como consecuencia de una alteración de las facultades mentales o de enfermedad orgánica que les hace entrar en esa clase tan vasta y podemos decir tan incierta “de los locos, semilocos o medio locos”.

De esta forma estarán separados, en establecimientos distintos, de los enajenados o locos que no son criminales y sometidos a una vigilancia más estrecha, a un régimen riguroso; propio del régimen carcelario.

Pero no hay que engañarse acerca de ello, ya que la introducción de los asilos de enajenados criminales no se ha considerado jamás por nadie ni por ningún país como la creación de una nueva penalidad; porque no se ha pensado en castigar a “desgraciados enfermos víctimas de una organización fisiológica o psíquica

defectuosa, y lanzados por ella al crimen con una fuerza impulsiva contra la que es imposible toda resistencia". (Mata, 1870).

Dicha medida es preventiva, de preservación social, destinada a proteger la seguridad pública con el mismo título que el encierro de los enajenados o locos no criminales en los asilos ordinarios. Es difícil, por no decir imposible, no llegar a confundir la criminalidad con la locura, no ser llevado a pesar suyo y a pesar de la resistencia que se opone a ver al criminal por hábito un enfermo, una víctima de "fuerzas naturales superiores".

El tratamiento de "criminales incurables" cuya naturaleza es de tal modo perversa y excepcional que parecía resistirse a todos los medios de regeneración moral, Mr. Despinae querría verlos para siempre separados de la sociedad, no por la pena de muerte, que no admite, sino por una encarcelación durante su vida desprovista, por lo demás, de toda humillación y de todo rigor inútil e inhumano, "La pena de muerte no es necesaria, según piensan ciertas personas, para librar a la sociedad de estos seres peligrosos, dice él; bastaría solamente construir una prisión especial para ellos, en condiciones que hagan toda evasión materialmente imposible... Tales individuos que no pueden habitar los establecimientos penitenciarios, en los que introducirían el desorden y de donde tratarían de evadirse, serían encerrados en una prisión. Si la sociedad tiene derecho de preservarse de ellos para siempre, tiene también el deber de obrar con humanidad hacia ellos. *No se debería humillarles ni maltratarles*, no quitándoles nunca tampoco la esperanza de su libertad". (Mata, 1870).

Por su parte Mr. Acolas 1870, formula sus ideas personales sobre la naturaleza del criminal y la organización de la personalidad que deber ser su consecuencia: "En resumen, *el criminal es un enfermo y un ser débil*; es un ignorante que tiene la peor ignorancia, la de las cosas de la razón y del corazón; es un hombre cuya libertad moral y cuya responsabilidad están por debajo de las del hombre equilibrado, y dotado por debajo de las del hombre de bien; es por consiguiente un hombre que no se halla en estado de gobernarse a sí mismo, y cualquiera que sea la edad que tenga, es el criminal, por lo tanto, un *menor*. Pero respecto de los menores, menores por la debilidad de la edad, menores por el vicio del espíritu, ¿cómo se procede? Se

les somete a una tutela y se hacen esfuerzos para colocarles en condiciones de naturaleza tal que produzca este gran resultado: *hacerles llegar a ser o hacerles llegar de nuevo a ser mayores*. ¿Qué condiciones serán estas para los criminales de todos los grados y de todas clases? Corresponde solo aquí indicar la idea general, y como las cabezas del sistema llamado penitenciario que están comprendida en esta doble fórmula: teoría de educación o de curación practicada por la sociedad. Que la sociedad trate de curar a los criminales débiles o enfermos, que intenten instruir a todos los criminales ignorantes, educarlos a todos al nivel de la idea moral, he aquí la indicación nueva que está en las perspectivas que ofrece y en las que hay que buscar únicamente las soluciones ¿Pero qué llegará a ser de la idea de la pena? ¿Qué llegará a ser el mismo derecho de castigar? El derecho de castigar se transforma para la sociedad en un deber como en un derecho de tratar de *enmendar*, de tratar de *corregir*, de tratar de *enseñar la noción y el respeto del derecho de los demás, lo mismo que la noción y el respeto de su propio derecho*, a los que no lo ha conocido jamás o que lo han olvidado a pesar de haberlos conocido. En cuanto a la pena, idea y hecho, desaparecerá a su vez para hacer lugar a la investigación y a la aplicación del tratamiento más apropiado al estado mental y moral del delincuente. ¿Pero que llegara a ser del efecto de la intimidación? Nosotros, por nuestra parte, negamos este efecto en lo que atañe a los mismos delincuentes. Entre estos el mayor número, en el momento de perpetrar el delito, no piensa en el castigo; otros piensas en él, pero creen que se liberaran de él y a algunos excita también la perspectiva de la lucha en que se empeñan. Negamos que la intimidación tenga suficiente eficacia para retener a los que su mala índole arrastra al delito” (Mata, 1870).

Históricamente la exclusión siempre fue la respuesta social más dolorosamente contundente con respecto a la locura. En sus orígenes el hospital no era más que un lugar de retiro para enfermos indigentes, existe una ley natural social que margina al distinto, al débil, despertando el rechazo de los hombres a través de los tiempos y las culturas. El exilio, el confinamiento en leprosarios, barcos a la deriva, asilos era el destino final de quien por uno u otro motivo no había podido ser incorporado por la sociedad.

Así, locos, marginales y delincuentes eran encerrados indiscriminadamente locura que se torna sinónimo de castigo, de condena. Si bien en su acontecer las cosas se van modificando continuamente y también el modo de convivir con ellas, esa evolución resulta imperceptible y suele ser a veces sutil en apariencia y trascendente en su fondo.

El desconocimiento que la población tiene de lo que sucede dentro de un hospital psiquiátrico, y su enigma que arrastra el estigma del encierro, la locura y la segregación se pone de manifiesto al momento de la externación e incrementado el estigma en la sociedad. De manera que considero que efectivamente arrastran aquellas marcas del mito que han sido adjudicadas al hospital psiquiátrico para lo que se cree que fue creado debido a la falta de difusión o una difusión distorsionada que incluso, en ocasiones los propios profesionales y personal de la institución sostienen de manera ambigua o silenciosa.

Es por ello que en el trabajo clínico se debe incluir, tanto en el enfermo como en la sociedad el hecho de desmitificar tanto a los enfermos mentales como al hospital psiquiátrico, hacer entender que es un recurso genuino con el que la comunidad cuenta en cuestiones de Salud Mental, en todo momento que un enfermo mental requiera de los recursos que la institución ofrece para su mejoría o mitigar sus padecimientos.

Degradar la creencia del hospital psiquiátrico como depósito, hospicio, manicomio al de un *hospital*, ampliando el panorama de la sociedad en general y no sólo de las personas cercanas al enfermo, el cual implica el trato de especialistas en Salud Mental que incluyen a la familia como agente principal de mejora en las condiciones del enfermo, así como personal trabajando por vocación con recursos disponibles para la atención integral del paciente.

1.2 Enfermedad mental

A continuación se darán diferentes definiciones de lo que es enfermedad mental.

Eduardo Hamilton expresa que: “La enfermedad mental consiste en un falta absoluta o relativa de facultades intelectuales, afectivas y volitivas,⁴ de carácter más o menos permanente, o un desorden o desequilibrio entre esas facultades”⁵

Nerio Rojas la define manifestando que: “Es un trastorno general y persistente de las funciones cuyo carácter patológico es ignorado y mal comprendido por el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para el mismo y la sociedad”.⁶

Eduardo Vargas da el siguiente concepto: “Por enajenación mental se entiende una enfermedad mental, transitoria o permanente que produce falta de autocrítica sobre el carácter patológico del propio estado, que altera las funciones mentales superiores, que desadapta familiar o socialmente al individuo cuyo conducta se torna más o menos peligrosa o inapropiada respecto a sí mismo o a su medio ambiente”.⁷

El profesor José María Rodríguez Devesa dice que: “Por enfermedad se entiende un proceso morboso del cerebro que transforma las leyes y fenómenos psíquicos en términos que afectan a la personalidad del sujeto que lo padece. Psicosis y enfermedad mental son expresiones equivalentes. En cambio, no tienen este significado las palabras vulgares locura y demencia.”⁸

Vicente P. Cabello tiene una definición personal de las enfermedades mentales: “Enfermedad mental es el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional que poniéndose de manifiesto mediante síntomas provistos de tipicidad acepta una etiología reconocida o postulada, en cuya virtud se produce una alteración de la personalidad que imposibilita adoptar una conducta acorde con los valores en vigencia”.⁹

⁴ Se aplica al acto que expresa voluntad.

⁵ Hernan Silva Silva. Medicina legal y psiquiatría forense. Editorial jurídica de Chile, 1995, pág. 36

⁶ Silva, *ob.cit.*, pág. 36

⁷ Silva, *ob.cit.*, pág. 36

⁸ Silva, *ob.cit.*, pág. 36

⁹ Silva, *ob.cit.*, pág. 36-37

De acuerdo con el órgano informativo del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, “las enfermedades mentales son desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica” (UNAM, 2004).

Así podríamos seguir hablando de los conceptos que abundan respecto a la enfermedad mental, como ya se mencionó que en siglos precedentes existían diversas “explicaciones” sobre el comportamiento de ciertas personas ya sea que estuvieran poseídas, fuera algo mágico o mitológico; pero adelantándose al enfoque moderno de la conducta desadaptada, hubo estudiosos griegos, romanos y árabes que creyeron que los trastornos y desviaciones mentales externas deberían verse como fenómenos naturales, para los que habría que encontrar tratamientos racionales.

Gradualmente llegó a predominar la idea de que la conducta irracional podría explicarse racionalmente y que para lograrlo era necesario describir detalladamente la conducta en cuestión así como el culto a Satanás había muerto, los “poseídos” se habían transformados en los “insanos” y crecía cada vez más la curiosidad acerca de los acontecimientos naturales. La mayoría de los escritores que estudiaron lo que se llamó “insania moral” cimentaban sus argumentos con datos precedentes de casos clínicos en lugar de dictámenes teológicos.

A mediados del siglo XIX la aceptación creciente de las ideas humanitarias trajo consigo el amplio reconocimiento de que muchos modos de conducta desadaptada reflejaran enfermedades mentales

Todos los investigadores serios parecen concordar ahora en un mismo punto: “el estudio de la conducta desadaptada debe efectuarse racionalmente y las creencias populares deber ser puestas en duda (Cuenca, 2004) Los estereotipos de enfermedad mental pintan frecuentemente al individuo que se conduce grotescamente como víctima desviada de una vida llena de problemas.

El estudio científico de la conducta para que sea productivo exige que se conozca todo lo que la sociedad de hoy considera aceptable así como la comprensión de que los enfoques modernos pueden marcar rutas para entender mejor el proceso y lograr la rehabilitación.

Según Cuenca 2004, el trastorno mental implica desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos, los conocimientos actuales indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos.

Según el DSM-IV-TR los trastornos mentales son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definidos, admite que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Dicha manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, discapacidad o un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; cuando lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

Por su parte el CIE-10, llama trastorno mental a la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo, los dos signos más característicos de los trastornos psicológicos son: presencia de emociones dolorosas crónicas, conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.

A la fecha se necesita una nueva clasificación en la que se deberá presentar pruebas de que las nuevas categorías diagnósticas son válidas y deberá ser superior a los intentos realizados.

Tenemos entonces que un enfermo mental es aquella persona que por alguna causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas. Estas lesiones psíquicas son principalmente, la afectación en su razonamiento e inteligencia, voluntad y comportamiento, memoria y capacidad de aprehensión, así como su atención. Como es de suponer, dichas alteraciones afectan las capacidades mentales que influyen de manera directa en el comportamiento de la persona y su afectividad.

1.3 Locura y reclusión en la Ciudad De México

En México concretamente en la época prehispánica, los antiguos mexicanos ya identificaban diversas patologías con testimonios fidedignos tales como códices y retratos, patologías tales como la depresión, la epilepsia, los traumatismos craneoencefálicos y el delirium, entre otros males.

Los nahuas por ejemplo concibieron la locura como un hecho social y una enfermedad, que si bien aparentemente parecen dos cuestiones aisladas, estuvieron estrechamente vinculadas. A diferencia de la idea occidental, la enfermedad en la cosmovisión nahua no era un acontecimiento individual que se limitaba meramente al físico, sino que repercutía a través del desequilibrio en lo individual, social y cósmico.

El sistema curativo indígena se concibió y se concibe de manera integral, por ello no se pueden disociar los elementos que lo componen, por lo que el equilibrio era el estado deseado ideal en el cuerpo individual, en el social y en el plano sobrenatural. Por otro lado el desequilibrio no sólo delataba una anomalía en el cuerpo sino también la infracción de una norma, la omisión de un rito o una falta en el comportamiento.

De tal suerte que estas acciones no sólo perjudicaban al sujeto, sino a toda la comunidad. Entonces, la enfermedad no se disociaba del ámbito colectivo y fungía como un mecanismo regulador de la conducta.

Para los nahuas esto se veía reflejado en una lesión en cualquiera de los dos órganos la cabeza y el corazón (“malvado de cabeza” y “malvado de corazón” [Echeverría. 2012]). Los remedios utilizados por los nahuas contra la locura se basaron en la botánica y variaron de las propiedades de las piedras y animales, cuando la locura se curaba por medios naturales indicaba que había sido producida por una acción externa al sujeto como flemas que oprimían el corazón (posesión).

En el caso de la locura producida por acción del hombre; transgresiones que hubiera cometido; comportamientos sancionados por la sociedad, la forma de restituir el equilibrio individual y social, era mediante la confesión de las faltas a la divinidad, con lo cual se reestablecía la relación con esta última (Estrada. 1906).¹⁰

La época colonial fue de contraste, por un lado una población rica y poderosa y por otro lado una población sumisa y en extrema pobreza, que incitaba al aumento de vagabundaje y delincuencia. Al iniciarse esta época fray Bernardino Álvarez fundó el Hospital de San Hipólito donde se atendía a enfermos mentales varones, el primero de su tipo en América y el quinto a nivel mundial.

En los siglos XVII Y XVIII cambiaron los conceptos de locura:

La respuesta institucional tuvo su máxima expresión en el “internamiento” de los ociosos es decir, a aquellos que hacían caso a sus pasiones y no a la razón; considerando la ociosidad *como* “fuente de todos los males” este internamiento fue pensado como medio de protección a la ciudadanía pretendiendo castigar y combatir. Así, “locos” y pobres participaron del internamiento debido a la sinrazón, viviendo en íntima cercanía con el crimen.

¹⁰ Para ampliar la información sobre la locura entre los nahuas consultar el libro *Los locos de ayer, enfermedad y desviación en el México antiguo*. Echeverría, García. J 2012.

El hospital San Hipólito, fue fundado por el fraile Bernardino Álvarez, que en la opinión de Crisóforo Tamayo regidor del ayuntamiento de México:

“En Europa, con el establecimiento de escuelas y otros medios se ha obtenido contra la locura el tratamiento moral, que proporciona a los enfermos la distracción que indispensablemente necesitan, les procura el medio de no olvidar, con el abandono prolongado, los conocimientos que les han sido necesarios para vivir en sociedad y que en lo adelante, cuando su salud se restablezca le sirvan para lo mismo y no sólo para cumplir debidamente con las exigencias sociales, sino para atender a las necesidades de su subsistencia.”

Si en una persona se embotan las facultades intelectuales, cuando estas dejan de cultivarse convenientemente ¿Cuánto más no se embotaran en aquellas cuyo cerebro ha perdido en gran parte sus admirables facultades y que tan imperfectamente percibe las impresiones exteriores? No se trata de enseñar a los locos, lo que nunca han aprendido, se trata de que no olviden lo que ya saben, se trata de no abandonar un terrero que todavía puede producir que se puede cultivar.

Uno de los grandes medios terapéuticos que posee la ciencia contra la terrible afección de la locura, es la hidropatía. En el hospital existían baños, pero las malas condiciones impedían su aplicación y las ventajas que debían proporcionar.

En un artículo editorial se afirma que: “se ha hablado mucho en la prensa de México como en la de todo el mundo del maltrato y los tormentos que sufren en sus respectivos establecimientos los asilados, los niños, los presos en las cárceles, los enfermos en los hospitales de beneficencia pública. Pero casi nada se ha dicho de los terribles, de los inquisitoriales padecimientos y torturas que sufren los que están encerrados en establecimientos oficiales, a los dementes asilados en manicomios o casas de locos. Lo que pasa con enajenados en el interior de esos establecimientos llamados de salud y hospitales es tan misterioso y tan ignorado.”

Ya en la época en que gobernó Porfirio Díaz, que es un punto de partida de la revisión histórica de Instituciones de reclusión en México el general mando construir

el Manicomio General de México, denominado por el pueblo como “Hospital de la Castañeda” por estar ubicado en los terrenos de una hacienda con ese nombre.

A su inauguración se conmemoró el Centenario de la Independencia y fue considerado en su momento un verdadero modelo de hospital de especialidad, lamentablemente la llegada de la Revolución y los gobiernos posteriores propiciaron que el edificio que albergaba dicho hospital se deteriorara con gran rapidez, de tal forma que a mediados de la década de los cincuenta se ordenó la demolición del mismo, en lo que se conoció como “Operación Castañeda” para ser sustituido por seis modernos hospitales, muchos de ellos ampliados y remodelados, los cuales se encuentran hoy aún vigentes.

La medida política en el “orden y progreso” porfiriano fue la reclusión de los que se consideraban enfermos, locos o criminales para posteriormente hacer una clasificación.

La imputabilidad criminal implicaba construir departamentos especiales tanto en cárceles como en manicomios. Por ningún caso los locos pueden ser encerrados en la cárcel, ni tratados como criminales, puesto que “la locura no es un crimen, sino enfermedad susceptible de tratamiento. “

En las disposiciones legales, aunque el acusado se le podía excluir de la responsabilidad penal, si se encontraba en un estado de enajenación mental que le evite la liberación o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa. Se considera como atenuante de cuarta clase siempre y cuando la alienación no quita enteramente al infractor su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción.

El eminente Krafft, 1889, en su pronóstico de la “locura moral” dice: “estos idiotas morales están predispuestos a las psicopatías y muy particularmente a privación de la libertad provoca en ellos una verdadera enajenación mental.”

La naciente criminología y psicología mexicana sirvieron para legitimar en el poder a la clase científica ligada al senil Porfirio Díaz.

El alcoholismo se convirtió en tema de discusión médica, social, psicológica y psíquica, pues era necesario determinar, si la locura era resultado de la ingestión de bebidas indistintamente de la calidad y consecuencias.

Dentro del panorama, es visible que el principal mal social era la pobreza y con todas ellas las clasificaciones que se hacían en nombre de la ciencia (psicología, psiquiatría, medicina) que asignaban un nombre al mal y el individuo era enviado a un lugar de reclusión.

La epilepsia fue la enfermedad que más llamo la atención en el siglo XIX, por ello se estableció un pabellón especial para dicha población, como consecuencia de esta enfermedad, era vista como un sinónimo de peligrosidad social ya que un epiléptico podía matar a alguien sin argumento ni remordimiento.

El pabellón más grande era el de *alcohólicos*, mientras que el de *alcohólicas* era más pequeño, ya para 1920 disminuyó la cantidad notablemente dando lugar a otras “enfermedades” como la opiomanía, cocainomanía y la heroíomanía. Tal fue la cantidad de consumidores de drogas que en ese periodo se creó en el Manicomio el Hospital de Toxicómanos.

Por otra parte existía el *pabellón de imbéciles*, donde eran encerrados todos los que padecían síndrome de Down, autismo y todos aquellos enfermos mentales con discapacidades, lugar donde se reportaban el mayor índice de mortalidad, ya que al informarles a los familiares de los enfermos, que se les consideraba incurable, estos los abandonaban y fallecían en el encierro.

De acuerdo al artículo “Locura y recursión en México” del Antiguo archivo de la secretaria de salud. El manicomio general La Castañeda (1910-1968) fue erigido por Porfirio Díaz, diseñado bajo lineamientos de la psiquiatría “moderna”.

Así la historia de los hospitales, finalizó cuando se inauguró el Manicomio General “La Castañeda” destinado a los enfermos mentales.

1.4 Salud mental en México

“La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades, son abrumadores. En los últimos años, el mundo se ha tornado más consciente de la enorme carga y el potencial que existe para hacer progresos en salud mental. En efecto, podemos lograr un cambio” Lee Jong-Wook, Director General, OMS.

En nuestro país los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, cuatro de los padecimientos más incapacitantes son: esquizofrenia, obsesión-compulsión y alcoholismo (UNAM, 2004).

Actualmente la Secretaría de Salud, a través de diversas instituciones de salud mental, como el Instituto Nacional de Psiquiatría lleva a cabo programas que incluyen la investigación, atención y divulgación sobre las enfermedades mentales; así como tratamiento familiar, rehabilitación dirigida a población de todas edades.

La innegable presencia de enfermedades de salud mental en México hace necesario encaminar o fortalecer las políticas de salud en beneficio de la salud mental de la población. Es necesario tomar medidas preventivas; se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la detección de problemas y facilita las intervenciones oportunas e indicadas.

Conviene elaborar un diagnóstico sobre la situación del país y tener conocimiento de la prevalencia de situaciones como dificultades en las parejas, abuso infantil, violencia intrafamiliar, abuso de las autoridades, etc., y promover estrategias de acción para brindar apoyo psicológico y que la población afronte de manera saludable dichos problemas.

Por ello es importante invertir en ciencia y tecnología enfocada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales ya que, según indica la Secretaría de Salud

(SSA), el progreso científico y tecnológico permite mejores opciones de atención a la salud mental de las personas, nuevas alternativas de tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales.

Es evidente la necesidad de desarrollar campañas informativas y de sensibilización que ayuden a reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, así como invertir en “spot” publicitarios par que las personas que sufren algún trastorno mental estén informadas y puedan denunciar violaciones a sus derechos humanos, incluidos los tratamientos obsoletos e inhumanos y los servicios deficientes.

Por otro lado, es importante insistir en que los medios de comunicación que ejercen una gran influencia en la sociedad mexicana, eviten los estereotipos, mitos y creencias erróneas que estigmatizan a la población que sufre trastornos mentales y antepongan los derechos humanos de quienes lo padecen. Además de ser necesaria la creación de mensajes encaminados a que la población identifique cuándo está sufriendo algún problema de salud mental, porque en general se desconocen los síntomas.

Finalmente se insiste en la importancia de la capacitación al personal de salud, para que esté en posibilidad de establecer diagnósticos oportunos y para evitar el uso indiscriminado de fármacos.

1.5 La atención a enfermos mentales en reclusión.

Los enfermos mentales que se encuentran en prisiones constituyen un grupo minoritario que ha sido victimizado, primero por la familia, por la sociedad así como por el sistema penal y penitenciario.

El enfermo mental dentro del núcleo familiar recorre por lo general, un camino que va desde la tristeza y compasión hasta el desprecio llegando al abandono, la sociedad lo ha considerado un riesgo para la seguridad de sus integrantes y para el

sistema penal y penitenciario, el enfermo mental “es alguien que no tiene voz ni voto jurídico, pero que debe ser sujeto de una medida de seguridad” (García, 1999).

El Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal, en la década de los setenta funcionó durante cinco años, el principal objetivo era el de “proporcionar atención de especialidad médico quirúrgica y psiquiátrica a los pacientes procesados o sentenciados de las Instituciones de reclusión del Distrito Federal” (García, 1999). Dicho centro en su momento constituyó el avance humanitario que colocó a México a la vanguardia en Latinoamérica, que lamentablemente más tarde se transformó en el Centro Femenil de Rehabilitación Social.

Los enfermos mentales habían sido reclusos y abandonados en espacios alejados del centro penitenciario para evitar la interacción con el resto de la población de internos, y en ocasiones se les ha ubicado en celdas o dormitorios en convivencia obligatoria con homosexuales, multirreincidentes e internos que se niegan al tratamiento de rehabilitación social o que han puesto en riesgo la seguridad del centro penitenciario, que la única grave consecuencia, es la sobrevictimización del enfermo mental en la prisión.

“Dicha sobrevictimización se conformaba de abuso sexual, torturas, lesiones y explotación laboral, aislado tratamiento médico psiquiátrico, ninguna participación en actividades de rehabilitación social, inexistente contacto con el exterior, abandono jurídico, etc.” (García, 1999).

El proceso técnico de atención especializada prescinde del encierro y exclusión, como parte de la terapia, ya que se ha demostrado que incluir el aislamiento de las personas con trastorno mental produce efectos contrarios a los buscados, ya que agravan la situación del paciente o le generan otras discapacidades.

En el año de 1994, la Secretaria de Gobernación llevó a cabo los trabajos de construcción y funcionamiento del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, que brindaría atención psiquiátrica de tercer nivel a internos del sistema penitenciario mexicano y que contaría con: “Una Central de Acceso Interior, Administración, Ingreso, Comunicación, Enfermería, Unidad de Enfermos Agudos y Zona de

Aislamiento, Módulos Residenciales, un Centro de Tratamiento y Rehabilitación, Área Educativa, Cultural y Deportiva, Área de Talleres, Servicios Generales (García, 1999).

Este Centro se encuentra en el Estado de Morelos y ha contribuido escasamente a solucionar el asunto de los enfermos mentales en reclusión, en virtud de que brindará atención psiquiátrica de tercer nivel, pero no se ha establecido en los diferentes centros penitenciarios del país, el primero y segundo nivel de atención psiquiátrico.

La realidad es que en la mayoría de las prisiones apenas se cuenta con un primer nivel de atención médica, que consiste fundamentalmente en consulta externa, acciones de medicina preventiva y tratamiento deambuladorio; sólo en algunos centros penitenciarios se cuenta con un segundo nivel de atención médica, principalmente tratamientos médico-quirúrgicos.

Por último el tercer nivel de atención médica, en la que se requiere la participación de subespecialistas de la medicina en los Centros Federales de Rehabilitación Social se cuenta parcialmente con este nivel de atención médica.

La atención de enfermos mentales de los centros penitenciarios es discontinua, carente de programas de estudio, seguimiento y evaluación del caso clínico, por lo regular permanecen segregados en carácter de permanente sobrevictimización.

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial debe establecer los mecanismos necesarios; tanto médicos, jurídicos, administrativos, interinstitucionales, etc., antes que pretender establecer un tercer nivel de atención psiquiátrica, para que por lo menos exista en la tercera parte de los centros penitenciarios un primer nivel de atención en psiquiatría, para hacer una debida canalización de los casos de enfermos mentales que necesiten un segundo nivel de atención psiquiátrica y dejar el tercer nivel de atención psiquiátrica a instituciones del sector salud que cuenten con la infraestructura necesaria para su atención.

Por ello es importante trabajar en conjunto con el ministerio público, las cárceles y el peritaje psiquiátrico para generar un filtro que ayude a detectar a personas con enfermedad mental, para que sean tratadas de manera adecuada a sus necesidades y por personal capacitado.

1.6 Población inimputable

Las personas que padecen una enfermedad mental que no les permite comprender el carácter ilícito del acto o actos delictivos que hayan cometido, son consideradas como inimputables. En este caso la o el juez no les impone una pena, sino una medida de tratamiento que les permita su *rehabilitación* psiquiátrica y *conductual*, esta puede ser aplicada en internamiento o en libertad; en caso de determinarse la medida de tratamiento se debe aplicar el internamiento, se envía a la persona inimputable a la institución correspondiente para su tratamiento.

Para los hombres está el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) y para las mujeres está el Centro Femenil de Rehabilitación Psicosocial Tepepan.

Ante esta situación La Ley General de Salud, establece por medio de la Secretaria de Salud, normas técnicas para aquellos enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

Una de esas normas establece que una persona afectada de sus facultades mentales y ha de estar en prisión, es necesario que se le separe de los demás presos, esto es necesario debido a que la enfermedad que padecen, estos pueden sufrir agresiones o contagios o pueden agredir a otras personas, pero esta separación no implica que estén incomunicados o disminuidos alguno de sus derechos.

Ya que igualmente tienen derecho a recibir tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico, necesarios para evitar sufrimientos o para rehabilitarse, así como de recibir visitas de sus familiares y amigos. En este sentido les corresponde a las autoridades responsables de las prisiones tomar medidas sanitarias y de seguridad.

La mayoría de los internos tiene algún padecimiento mental o psiquiátrico que no es considerado por la o el juez penal como inimputable, este es, que pueden ser *controlados* en su enfermedad y por lo tanto, pueden ser internados en cualquier otro centro de reclusión.

Un problema muy grave que enfrentan los internos con alguna enfermedad mental es el abandono de sus familiares. Existen casos en los que al obtener su libertad, los internos tienen que ser canalizados a los Centros de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal porque su familia ya no quiere saber nada acerca de ellos.

1.7 Población vulnerable

Dentro de la población que albergan las instituciones de reclusión, se encuentran las que por sus condiciones específicas de edad, salud, marginalidad o atraso cultural se encuentran en desventaja por lo que requieren de atención y tratamiento especial, como son los indígenas, senectos, enfermos e inimputables.

La atención para la población senecta y de enfermos graves se manejan programas específicos de acuerdo a lo estipulado en la legislación vigente, valorándose técnicamente la incompatibilidad de la pena impuesta con la edad, sexo, salud o discapacidad.

El tratamiento en muchas instituciones se ve obstaculizado en función de que no se reúnen las condiciones adecuadas para lograr acciones integradas e individualizadas. Se requiere incrementar la aplicación de programas técnicos con manuales y reglamentos, impulsando por otra parte la creación o mejoramiento de las áreas médicas, la dotación de medicamentos y la debida atención.

De igual manera atender el problema de la alimentación es prioritario ya que en la vida del ser humano, el hecho de contar con una buena alimentación le permite acceder a programas de bienestar y superación.

1.8 Atención a población vulnerable

- Contribuir en el fortalecimiento y consolidación de los procesos de prevención, rehabilitación y excarcelación de la población vulnerable en reclusión (senectos, indígenas y enfermos).
- Fortalecer las actividades orientadas a transmitir y conceder cuando así proceda, los beneficios de libertad anticipada a la población vulnerable recluida en los centros de rehabilitación social del país, en base a lo establecido en la normatividad vigente.
- Establecer mecanismos de coordinación entre las dependencias del sector público, privado y social, así como concretar acciones para promover la atención a la población vulnerable en el sistema penitenciario.
- Diseñar un sistema informático que permita identificar y proporcionar estadísticas de los indígenas, senectos y enfermos en reclusión.
- Promover la aplicación de una cédula para evaluar la compatibilidad entre edad, estado de la salud y capacidad para el cumplimiento de la sentencia.
- Establecer una coordinación estrecha con instituciones de asistencia social, para la canalización de internos de estos grupos de población vulnerable.

1.9 Atención a enfermos mentales e inimputables

- Proporcionar atención médico-psiquiátrica integral a todos los internos mentales en los centros de reclusión.
- Normar el Plan Nacional de Atención Psiquiátrica, para la población penitenciaria de la República Mexicana y así, promover y reforzar los tres niveles de atención psiquiátrica.

- Crear criterios para establecer y utilizar áreas específicas en cada uno de los centros penitenciarios del país, destinados a la atención del interno-paciente que presenta brotes de enfermedad mental.
- Organizar el trato y tratamiento especializado a los enfermos mentales recluidos en las diferentes instituciones penitenciarias del país.
- Celebrar convenios interestatales para que en las entidades se establezcan sistemas de tratamiento de primero y segundo nivel a enfermos mentales e inimputables.
- Formar al personal penitenciario para la detección y manejo de las enfermedades mentales.
- Establecer acciones preventivas en salud mental en los centros penitenciarios de la República Mexicana.

1.10 Planteamiento de programas específicos

El Sistema Penitenciario presenta la necesidad de impulsar programas con el objetivo de salvaguardar los derechos humanos en las instituciones de reclusión sin dejar de lado la seguridad de los mismos y promover que los internos lleven una vida digna dentro del marco de la rehabilitación social; situación que se vuelve prioritaria para la población vulnerable que requiere atención especial, acciones que deben observarse con más atención.

De esta forma surge dentro de la política penitenciaria contemporánea, la necesidad de impulsar proyectos que fortalezcan estos objetivos, conjuntando esfuerzos de todos los sectores y de manera prioritaria de la sociedad civil, para lograr la participación real y efectiva dentro de la rehabilitación social, por lo que se presentan algunos programas prioritarios con sus objetivos:

- Respeto de los Derechos Humanos en las prisiones
- Atención a población vulnerable
- Abatimiento de la sobrepoblación
- Distribución racional de los internos en instituciones de media, alta y baja seguridad
- Capacitación y profesionalización del personal penitenciario
- Trabajo técnico en las instituciones penitenciarias
- Programa productivo en la colonia penal federal de las Islas Marías
- Prevención de delito
- Modernización operativa
- Optimización de los sustitutivos penales
- Atención a enfermos mentales e inimputables
- Dignificación e infraestructura penitenciaria
- Participación de la sociedad civil

1.11 Psicología

Los objetivos del área de psicología son:

- Emitir un diagnóstico de comportamiento intra y extra institucional, así como determinar y otorgar el tratamiento psicológico individualizado y/o grupal.
- Incidir en el tratamiento técnico-progresivo a través de la aplicación de programas específicos, psicoterapéuticos, emergentes, individuales y/o grupales.
- Integrar el estudio psicológico cumpliendo con los criterios necesarios de contenido, diagnóstico y pronóstico, con la finalidad de determinar la preclasificación, clasificación y otras medidas de tratamiento.
- Dirigir el tratamiento psicológico hacia la reducción de la agresividad, tensión y angustia del interno producida o incrementada por el régimen carcelario.

- Encausar el tratamiento psicológico a la modificación de la conducta antisocial, neutralizando los factores psicológicos que incidieron o propiciaron la desadaptación social.
- Incidir a través de la asistencia psicológica en la introyección de normas y valores de convivencia, a fin de que el interno aprenda a desarrollarse funcionalmente dentro de su ámbito social.

1.12 Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI)

Inicia su funcionamiento el 20 de junio de 1997, como respuesta a la necesidad de disponer de un espacio específico para brindar atención y tratamiento especializado a los internos con enfermedad mental.

Destinado a la población varonil inimputable como lugar para extinguir su medida de seguridad y como valoración y tratamiento de manera transitoria para pacientes psiquiátricos provenientes de otros centros.

Las personas con trastorno mental permanente o transitorio o que tienen un IQ por debajo de 70, están fuera de del derecho penal, si se determina que la persona cometió la infracción no estando en sus cabales no pueden ser recluidos, pero tampoco se les puede dejar en libertad, tienen el derecho a todos los recursos y todos los medios de defensa.

Ahí no se cumplen condenas sino medidas de seguridad y van desde los 12 años hasta los 50 años, dependiendo del delito, de la parte psiquiátrica y el comportamiento del interno.

1.13 Actividades que se realizan en CEVAREPSI

- Sesiones de asesoría académica: a través del INEA para nivel básico y a través del Sistema Abierto de Educación Preparatoria para nivel superior.

- Mensualmente organizan el periódico mural, participan en ceremonias cívicas, académicas y culturales.
- El Centro cuenta con una Biblioteca de Servicio Público para que los internos consulten todo tipo de temas.
- Formación artística: se trabaja en el Taller de pintura y asesoría en Creación literaria.
- Participan en certámenes y concursos de arte y literatura; convocadas por diversas dependencias, ya que el estímulo y motivación que el paciente recibe, contribuye a mejorar su desenvolvimiento individual y colectivo.
- Capacitación laboral: reciclado de residuos sólidos (en el que se elaboran piñatas, alcancías etc.) calado de madera, repujado, productos de ornato, utilitarios y recreativos.
- Tratamiento de recuperación de habilidades motoras: realización de tareas sencillas como son, sujeción de lápices, doblado, cortado y pegado en diversa texturas de papel y tela; a partir de ellas poder desarrollar tareas más complejas como el uso de serruchos taladros, navajas etc.
- Caninoterapia: que es una terapia de contacto y sensibilización con el objetivo de establecer, normas, límites y disciplina que contribuye a la rehabilitación de los internos.
- Cultivo de vegetales y flores: que funciona como terapia ocupacional, además les brinda la posibilidad de vender sus productos.

Recabando información sobre CEVAREPSI se encontró una nota de Óscar Balderas en el periódico El Universal, titulada “Atrapados en la cárcel y en sus problemas mentales”, en la que el Director del Centro, Jaime Abasolo habla sobre el alto porcentaje de internos; que a pesar de tener ubicada a su familia, ésta los visita poco o los abandona. Por lo que las autoridades se han dado a la tarea de crear un

programa para acompañar a los internos “aunque sea armándoles una familia artificial” menciona Jaime Abasolo (2012) formada por el técnico penitenciario que es la persona que se convierte en la visita y platica con él para hacerlo sentir importante.

“No los quieren de regreso en su casa” comenta el Director pero el problema del abandono no termina en dentro del Centro, ya que cuando cumplen con su sentencia la ley obliga al centro a entregarlos a un familiar que se haga responsable, pero en ocasiones nadie quiere recibirlos, es ahí donde se enfrentan a otro problema ya que tiene que buscar una institución o albergue que los reciba.

“Así son las historias de este lugar, hasta entierran falsos cadáveres con tal de olvidar a su familiar” (Abasolo, 2012).

Hasta aquí se da un breve repaso sobre cómo se lleva a cabo el trato a enfermos mentales en reclusión, cuál es la intervención de la psicología y por último la función del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial la única prisión en el D.F que atiende a este tipo de población.

Capítulo 2: Psicomotricidad

La historia de la psicomotricidad o en realidad su “prehistoria comienza desde que el hombre es humano, es decir, desde que el hombre habla, ya que a partir de ese instante hablará de su cuerpo”.¹¹

Si bien la psicomotricidad se desarrolló en el siglo XX como una práctica independiente, tiene su nacimiento “allí donde el cuerpo deja de ser pura carne para transformarse en un cuerpo hablado” (Levin, 1991).

Desde la antigüedad se había considerado al cuerpo y la mente como dos entidades independientes, en la unificación de estos dos aspectos se puede citar Dupré que en 1907 define la relación entre ambos términos y acuña por primera vez el término psicomotricidad. Este autor es de fundamental importancia ya que es él quien afirma la independencia de la debilidad motriz (antecedente del síntoma psicomotor) de un posible correlato neurológico, este neurólogo francés quien rompe con los presupuestos de la correspondencia biunívoca, entre la localización neurológica y las perturbaciones motrices.

También puntualiza la diferencia y la no correspondencia entre la debilidad mental y la debilidad motriz, resumiendo lo que Dupré crítico y discutió durante un Seminario en Octubre de 1988 en Buenos Aires, “es que se podía ser torpe sin ser idiota... la fuente está en la diferencia establecida entre la cognición y la motricidad” (Levin, 1991).

Por lo tanto el dualismo cuerpo-alma marca por un lado la separación, pero al mismo tiempo y contradictoriamente, su unión. Ya en el siglo XIX con el desarrollo y descubrimiento de la neurofisiología, comienza a constatarse que hay disfunciones graves sin que el cerebro se encuentre lesionado, o bien sin que la lesión se halle localizada claramente. Se descubren “disturbios de la actividad gestual” “de la actividad práxica” sin que anatómicamente estén circunscriptos a un área o porción del sistema nervioso, y es justamente la necesidad médica de encontrar de

¹¹Esteban Levin, *La clínica psicomotriz, el cuerpo en el lenguaje*, Nueva visión, Buenos Aires, 1991, pp 19

encontrar un área que explique ciertos fenómenos la que nombra por primera vez la palabra psicomotricidad en el año 1870.

“La influencia de lo motor en el desarrollo psicológico es un factor esencial en el desarrollo psíquico que influye en cualquier aspecto del comportamiento y que es un factor decisivo en el desarrollo de la personalidad” (Wallon, 1937).

Guilman, 1935, demuestra que el movimiento puede tener objetivos diferentes a los tradicionales y que juega un papel importante en el desarrollo intelectual afectivo y social.

A partir de 1960 con la obra de Picq y Vayer la psicomotricidad logra su verdadera autonomía y se convierte en actividad educativa específica con sus objetivos, contenidos y medios propios. Desde entonces se han realizado numerosos estudios sobre psicomotricidad aunque todavía no se le concede en la escuela la importancia que merece.

La psicomotricidad es una disciplina que aborda de manera integral al sujeto, ya que considera aspectos emocionales, motrices y cognitivos, y la manera cómo influye el movimiento en la organización psicológica de las personas.

Su intervención va dirigida tanto a sujetos sanos como a quienes padecen cualquier tipo de trastornos y así sus áreas de intervención serán a nivel reeducativo o terapéutico.

La actividad psicomotriz tiene como finalidad, el proporcionar al sujeto la ayuda que necesita en la dinámica de su desarrollo, favoreciendo el desarrollo físico y psicológico permitiendo que las conductas motrices se precisen y se diversifiquen y favoreciendo el desarrollo de posibilidades motrices, expresivas y creativas así como su personalidad, a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto incluyendo todo lo que se deriva de ello (Berruelo, 1995).

Así la adquisición de procesos cognitivos, desde los más simples hasta los más complejos, todo esto revestido de un contenido emocional, está basado en la intencionalidad, la motivación y la relación con el otro.

El término psicomotricidad, fue acuñado por el neurólogo Ernest Dupé, a principios del siglo XX en un congreso de París, Francia en 1920. Nube

En 1960, el concepto “psicomotricidad” llega a México como información, pero fue hasta 1972, cuando la Reforma Educativa de Educación Integral lo esquematiza en tres esferas de la comunicación perfectamente equilibradas; por lo que cuando una de estas se desnivela, se afecta el aprendizaje en el sujeto.

La cognitiva, que es la comunicación verbal, la social-afectiva, es la comunicación tónica (actividades artísticas) y la psicomotora, que es la comunicación gestual (educación artística).

El término psicomotricidad, partiendo de un análisis lingüístico como constructo dual que corresponde a la dualidad cartesiana, mente-cuerpo, se ve reflejada la ambigüedad de lo psíquico (psico) y lo motriz (motricidad) así como las complejas relaciones entre estos.

Se parte de la noción psicomotricidad tomando como referencia el movimiento, sin embargo también es una actividad psíquica consciente provocada ante determinadas funciones motrices. Lo motriz carece de significado sin la intervención del psiquismo el movimiento se convierte en praxia; respuesta, intencionalidad y significación. El término psicomotricidad implica también la evolución de los distintos aspectos del individuo que se engloban y actúan bajo este concepto.

Un aspecto que es importante considerar para evidenciar un trastorno en la psicomotricidad es el esquema corporal, pues al estar íntimamente ligado con los demás aspectos de la psicomotricidad de la persona, los problemas aparecidos en la formación de este esquema se deben a déficits en esta psicomotricidad que le aislaran de los estímulos necesarios para que realice dicha organización.

Los déficits pueden darse por varias causas:

Deficiencia mental (incluyendo intoxicaciones), deficientes físicos (ciegos, sordos), deficientes físico-motores (parálisis cerebral), alteraciones en la personalidad (psicóticos).

Los problemas que originan un déficit en la formación del esquema corporal afectan también de manera indirecta la posibilidad de acceder a funciones superiores, como son las funciones de representación, lenguaje, lectura, escritura.

La aparición de una nueva técnica, la “reeducación psicomotora” que se inspira en los trabajos de Wallon que pone de manifiesto la gran importancia del cuerpo tanto para el niño normal como para el perturbado bajo el doble enfoque de instrumento de acción sobre el mundo y de relación con el otro.

Existen diversas concepciones psicomotrices, realmente el concepto de psicomotricidad va a surgir de los trabajos de psicología evolutiva de Wallon, especialmente de aquellos que se refieren a la relación entre maduración fisiológica e intelectual y que manifiestan la importancia del movimiento para conseguir la madurez psicofísica de la persona.

De acuerdo a Ortega y Jiménez (2010) está demostrado que el movimiento es fundamento de toda maduración física y psíquica del hombre. Considerando esto, podríamos entender la psicomotricidad como el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento. Otros la definen como una relación reversible que existe entre el razonamiento y el movimiento.

“La educación psicomotriz es una acción psicológica que utiliza los medios de educación física con el fin de normalizar a mejorar el comportamiento del niño”. (Picq y Vayer 1984, citado en Jiménez y Jiménez, 2010) Pretende educar de manera sistemática las conductas motrices y psicomotrices del niño facilitando así la acción educativa y la integración escolar y social.

Según Le Boulch (1960) “El dominio corporal es el primer elemento del dominio del comportamiento” va a partir de una concepción psicocinética que se basa en el uso de los movimientos con la finalidad educativa. Para ello se apoyará en los datos que le ofrecen la neuropsicología y psicofisiológica, su propósito es doble: desarrollar las cualidades fundamentales de la persona y lograr un ajuste adecuado al medio.

En el “Manual alphabétique de Psychiatrie” bajo el título de “Psicomotricidad, perturbaciones y síndromes psicomotores”, Antoine Parot (1932) dice: “Las funciones psíquicas y las funciones motrices son los elementos fundamentales de la actividad serial y el comportamiento individual del hombre”. En un principio se van desarrollando, luego se van especializando y diferenciando, pero continúan sometidos a interacciones recíprocas.

Para Piaget la actividad psíquica y la motricidad forman un todo funcional sobre el cual se fundamenta el conocimiento.

Por su parte Lapiere y Aucouturier (citado en Jiménez y Jiménez, 2010) parten del supuesto de que la educación psicomotriz es la base de toda educación, definen la educación psicomotriz como un proceso basado en la actividad motriz, en el que la acción corporal, espontáneamente vivenciada, se dirige al descubrimiento de las nociones fundamentales, que aparecen en sus inicios como contraste y conducen a la organización y estructuración del yo y el mundo.

2.1 Psicomotricidad, ritmo y expresión corporal.

Todo ser humano se manifiesta, se hace patente a los demás, a través de su presencia física, todo contacto de la persona con el mundo exterior se establece desde la propia realidad corporal. El cuerpo es el nexo entre el mundo interior y el mundo circundante.

Como lo menciona Schinca (2003) El proceso de desarrollo y formación de la capacidad intelectual, psíquica y humana del niño sería incompleto y antinatural si atendiera solamente al área cognitiva; no sólo se debe pensar, sino percibir, sentir y vivir las experiencias desde la unidad psico-física.

A su vez, las experiencias vividas a partir del cuerpo posibilitan una captación diferente del mundo, una aprehensión de conceptos que por haber sido vivenciados dejan una huella más profunda que los conocimientos meramente racionales.

La psicomotricidad y la expresión corporal se basan en los principios de la vivencia del cuerpo en el espacio y el tiempo, se desarrolla la conciencia de sí mismo como ser íntegro, sensible, material y espiritual, capaz de sentir, expresar y lo más importante, capaz de compartir y comunicar con los demás.

Por el valor integrante de sus características, este método entra dentro de unas líneas de profilaxis (limpieza) y terapia de enfermedades psíquicas.

Analizaremos en primer lugar dichas características para poder comprender posteriormente de qué manera su aplicación incide en la formación psicosomática.

Equilibrio psicofísico: el carácter fundamental de esta técnica, radica en que favorece dicho equilibrio, partiendo de una base física del conocimiento y control muscular, se va conformando una educación integral del ser, para conseguir esta transformación es necesaria la participación activa de la mente, la sensibilidad individual y la imaginación psicosomática.

Creatividad personal: cada manifestación mediante el movimiento corporal es diferente, es una expresión absolutamente individual que responde a las características de más profundas de su personalidad. Por esta razón toda mecanización conduce a una no-participación mental, por lo que debemos lograr siempre una participación activa y coordinada de la mente, la sensibilidad y la imaginación.

Es fundamental respetar la expresión individual, ya que también lo es a la personalidad de la persona, el cual nunca debe sentirse inhibido por la búsqueda de la perfección, sino libre en la búsqueda de la autenticidad de la expresión, es este punto radica la creatividad personal.

Para que resulte claro este concepto de creatividad en el movimiento se debe destacar que, antes de llegar a la liberación corporal, se realizarán ejercicios muy

precisos que conduzcan a su conocimiento parcial y total. Sobre esta base podremos ir dando cada vez más margen de libertad, hasta llegar a la creatividad.

Finalidad: el campo de acción de la técnica de motricidad y expresión corporal puede subdividirse para interpretar con profundidad sus finalidades en dos ramas de igual importancia: en el trabajo con personas sin dificultades especiales, tanto motrices como psíquicas y en la reeducación de personas con dificultades psicomotrices.

El objeto de los diversos ejercicios podemos resumirlo en los siguientes puntos:

- Toma de conciencia del esquema corporal.
- Sentido de la orientación, lateralidad y equilibrio.
- Intensificación de la capacidad de atención general.
- Introspección, reflexión, encuentro de la posibilidades personales.
- Desarrollo del sentido rítmico, percepción temporal y espacial.
- Conciencia del cuerpo como instrumento de expresión en el espacio y tiempo.
- Desarrollo de la sensibilidad y la imaginación.
- Vivencia global que permite apreciar otros campos artísticos; colores, composiciones, formas y volúmenes, ritmo, relaciones en el espacio, etc.
- Comunicación, que favorece el relacionarse con los otros de manera activa y sensible.

La motricidad es el conocimiento básico sobre cuyos cimientos se desarrolla la expresión corporal.

Entendiendo como expresión corporal: “la expansión espontanea del individuo, que consiste en la liberación del yo y la adecuación de la personalidad a la realidad circundante, el análisis del fenómeno movimiento, reflexión y práctica que no es otra cosa que el dominio corporal con todo el enriquecimiento que esto aporta” Enguidanos (2004).

El hacer una “investigación sobre uno mismo” el conocernos mejor, nos permite ser, expresar, observando cómo respiramos, cómo nos movemos es el inicio para descubrir datos sobre nuestro comportamiento corporal.

Al ir formando hábitos corporales nos permite mejorar la calidad de vida, como conductas de higiene corporal, que nos permitirá acceder a dinámicas corporales más complejas.

Una vez que se han adquirido las habilidades, es el momento de afianzarlas y continuar con el proceso de aprendizaje para llegar al pleno desarrollo de nuestro lenguaje y expresión corporal. Donde encontramos conceptos como son: coordinación, equilibrio, tono, ritmo.

La expresión corporal permite trabajar con una variedad enorme de materiales, pero no olvidemos que el principal instrumento es el propio cuerpo.

2.2 Motricidad fina y gruesa

Se considera indicado definir los conceptos de motricidad fina y gruesa.

Motricidad gruesa o global, se refiere al control de movimientos musculares generales del cuerpo, aquellos realizados con la totalidad del cuerpo, coordinando, desplazamientos y movimiento de diferentes extremidades, equilibrio y todos los sentidos. Como caminar, correr, saltar, lanzar objetos.

Todo perfeccionamiento motor requiere aprendizaje, es decir, una modificación adaptativa del comportamiento de situaciones repetitivas que ponen en juego procesos cognoscitivos y motores cuyo objetivo es mejorar las habilidades. La habilidad es el nivel de competencia alcanzado en la relación de la tarea motriz incrementando la precisión, economía y eficacia. No se trata de una capacidad fija sino que se ajusta con flexibilidad a las variaciones del medio externo gracias a la coordinación y a la destreza.

Por lo tanto el cerebro actúa como un ordenador complejo que controla la ejecución de los movimientos y los corrige a medida que transcurre la acción.

Ahora bien, la psicomotricidad fina tiene relación con la habilidad motriz de las manos y los dedos, es la movilidad de las manos centrada en tareas como el manejo de las cosas; orienta la capacidad motora para la manipulación de los objetos para la creación de nuevas figuras y formas y el perfeccionamiento de la habilidad manual. Tales como, coger, recortar, vestirse, asearse, pintar, tocar instrumentos musicales.

Por lo tanto el concepto de motricidad fina se refiere a los movimientos de pinza y pequeños movimientos de la mano y muñeca, la adquisición de la pinza así como una mejor coordinación oculomotora (la coordinación de la mano y el ojo) constituye uno de los objetivos principales para la adquisición de habilidades de la motricidad fina.

“La locomoción, en todas sus formas constituye una importante faceta del trabajo corporal, sobre todo si se tiene en cuenta que es el cuerpo entero el que se mueve dentro del ámbito espacial que es su entorno dando paso a el desarrollo psicomotor” (Wallo, 1937).

Ambos tipos de motricidad se consideran importantes ya que se relacionan, complementan y abarcan las habilidades para moverse y desplazarse, conocer el mundo que le rodea y experimentan con todos sus sentidos, para procesar y guardar la información del entorno.

Así, la motricidad está relacionada con todos los movimientos que de manera coordinada se realiza con pequeños y grandes grupos musculares, lo cuales son importantes porque permiten expresar la destreza adquirida en las otras áreas y constituyen la base fundamental para el desarrollo del área cognitiva y del lenguaje.

2.3 Educación psicomotriz.

Si bien se sabe que la educación psicomotriz fue pensada principalmente para dirigirse a estimular áreas de desarrollo en niños, también se sabe que es posible su

aplicación en adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, con necesidades especiales o como apoyo en contextos de rehabilitación y salud mental, que es lo que atañe en el presente trabajo.

La educación psicomotriz, en síntesis, se conforma de todas las técnicas educativas, reeducativas y terapéuticas que tienden a favorecer en el individuo el dominio y conocimiento de su cuerpo y su relación con el mundo que lo rodea basada en la acción global del cuerpo.

Así, desde esta perspectiva la educación psicomotriz es una educación integral, que trata de conseguir una verdadera relación educativa que favorezca la disponibilidad corporal, la relación con el mundo de los objetos y con la sociedad. Una educación integral construida en términos de dinámica de la persona y de la acción.

Se puede decir que *"favorece en el individuo un dominio corporal y una apertura a la comunicación"*.

La educación psicomotriz se usa en centros, escuelas, en grupo o individualmente, atendiendo niños, personas adultas con problemas o patologías, se trata de ayudar a comunicar a aquellos que tienen dificultades para relacionarse con los demás y con el mundo que los rodea.

A través de sus acciones corporales como: jugar, saltar, manipular objetos etc., logran situarse en el mundo y adquirir intuitivamente aprendizajes necesarios para desarrollarse en la vida. De esta forma lúdica y casi sin darse cuenta trabajan conceptos relativos al espacio, tiempo, destrezas motrices necesarias para el equilibrio, vista, la relación con otras personas.

La educación psicomotriz se aplica en personas con trastornos psicomotores asociados a trastornos de la personalidad, con ello se pretende llevar a la persona a un estado de equilibrio y armonía que le permitan desarrollar su afectividad, para mejorar la capacidad de interacción de la persona con el entorno.

El aprendizaje se da cuando la información almacenada de una experiencia vivida hace conexión con una nueva experiencia que le permita utilizar la información almacenada anteriormente. De esta forma, cuantas más experiencias nuevas se le ofrezcan a la persona, se le estará dando mayores oportunidades de crear conexiones que le permitan la adquisición de nuevo aprendizaje o fortalecer este.

Como ya se había mencionado, a través de estas experiencias de aprendizaje que se le facilitaran al interno mediante el juego y dinámicas, fortalecerá cada una sus habilidades básicas y su comportamiento, ayudando así a manejar de forma adecuada su tolerancia a la frustración, bajo control de impulsos y sana convivencia para con sus semejantes, ya que se realizará de forma colectiva.

La educación psicomotriz se plantea tres objetivos fundamentales.

Educar la capacidad sensitiva, a partir de sensaciones del propio cuerpo, se trata de abrirlas vías nerviosas que transmiten al cerebro el máximo de información posible, que puede ser:

- Información relativa al propio cuerpo, a través del movimiento corporal percibiendo multitud de sensaciones a cerca del tono muscular, respiración, la posición espacial de los segmentos corporal, se trata de ayudar a tomar conciencia de sus sensaciones y las exprese a través del lenguaje.
- Información relativa al mundo exterior, por medio de la actividad corporal con la que se entra en contacto con el mundo que le proporciona información sobre las cualidades de los objetos como la forma, peso, textura, color y todo ello viene reforzado a través del lenguaje.
- Educar la capacidad perceptiva, una vez que el cerebro dispone de la información referente al propio cuerpo y al mundo exterior se trata de poner en orden y estructurar toda esa información integrándola en esquemas perceptivos que dan sentido y unidad a la información disponible.

- Educar la capacidad representativa y simbólica, este objeto constituye la última meta que la psicomotricidad trata de conseguir en el periodo de la educación infantil. Una vez conseguido que el cerebro disponga de información estructurada y organizada se trata de conseguir que el propio cerebro organice y dirija los movimientos a realizar.

2.4 Psicomotricidad y desarrollo cognitivo.

El desarrollo cognitivo se centra en los procesos de pensamiento, los cuales son producidos como consecuencia de una interacción con el entorno. Del entorno que nos rodea recibimos continuamente información, como aquella que nos pueden proporcionar los objetos con los que interactuamos en la vida diaria.

Según Piaget la base del conocimiento está en la acción intelectual ya que se aprende a través del propio cuerpo a través de acciones del movimiento y manipulación, por lo tanto el desarrollo psicomotor y en definitiva la evolución de la psicomotricidad van a constituir la base de las experiencias del medio.

2.5 Psicomotricidad y afecto.

La capacidad de autonomía y la confianza en uno mismo (autoestima) constituyen la base del deseo de aprender, de realizar experiencias nuevas y de progresar en los conocimientos y habilidades.

Al estar motivado se potencia la sensación de seguridad de sí mismo y de autonomía, son una condición indispensable para el equilibrio emocional y en definitiva para una afectividad equilibrada.

Desde el punto de vista afectivo el propio cuerpo y su posibilidad de acción proporcionan la seguridad que se necesita para que se mejore el conocimiento de sí mismo y aprenda a valorarse.

2.6 Psicomotricidad y socialización.

Las interacciones con los objetos y personas del entorno se realizan a través del cuerpo, que constituye el intermediario entre el yo y el mundo, en la medida en que el cuerpo es reconocido, controlado y aceptado en sus posibilidades y limitaciones se desarrollará la capacidad de relación con los demás.

Por otro lado se sabe que el autoconocimiento y la autoestima son factores determinantes en las relaciones sociales y están muy influidos por el conocimiento y dominio del propio cuerpo.

Ahora bien, sabiendo que toda investigación debe partir de un sustento teórico, el presente trabajo retomará el modelo cognitivo-conductual, que fundamentará esta información para dar a conocer la importancia de la reducción psicomotriz y su aplicación en los internos del CEVAREPSI.

Tenemos entonces que la terapia cognitivo-conductual está enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, (sistema cognitivo: es el contenido mental y la representación de imágenes, conductual: el comportamiento de los sujetos) este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas.

A la par los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, ya que representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Entre las características del modelo cognitivo-conductual tenemos que, es de corta duración, se incluyen tareas para poner en práctica lo aprendido en la sesión, tiene una orientación al presente es decir, la reflexión sobre el pasado con la finalidad de generar cambios en el presente en pro de una mejora en su vida.

En los supuestos teóricos encontramos que, la conducta se explica a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas (memoria, atención y percepción), considera al individuo como un ser activo que procesa, selecciona, codifica, transforma y recupera información proveniente del exterior. La conducta “normal y anormal” se rigen por los mismos principios, se aprenden y modifican de la misma manera, el objetivo de la intervención es la modificación de conductas desadaptadas y se enfoca en el aquí y ahora, poniendo énfasis en los determinantes actuales de la conducta.

El cognitivo-conductual, se encarga de variables cognitivas, motoras, fisiológicas y ambientales. Su objetivo en la clínica es el conocimiento de los procesos cognitivos que median la conducta; se pretende describir, predecir, explicar y controlar el comportamiento del sujeto.

Al respecto conviene decir que desde sus orígenes la psicomotricidad está asociada a la educación, en algunos casos a la reeducación o a la rehabilitación, es decir, se pretende educar otra vez aquello que estaba “mal educado” o que necesitaba ser reforzado

Como se mencionó anteriormente, el presente trabajo se sustentará en algunos supuestos del modelo cognitivo-conductual así como en la educación psicomotriz, que es una técnica educativa, reeducativa y terapéutica.

Con la finalidad de generar en el interno una relación entre su pensamiento y conducta, de forma siempre significativa para que tenga repercusiones positivas en su vida.

2.7 Importancia de la psicomotricidad y la expresión dinámica.

Estudios realizados por diversos especialistas con respecto a las dificultades de aprendizaje de los niños con problemas de tipo disléxico (dificultad para leer) dislábico (dificultad para pronunciar correctamente) disgráfico (dificultad al escribir) y

en general con ciertas alteraciones motrices insisten en destacar en ellos insuficiencias con relación a la organización temporal, espacial y función simbólica.

Todos estos niños como consecuencia van a encontrar mayor dificultad al aprender, ya que las materias básicas (escritura y lectura) presuponen una maduración de los factores antes expresados.

La educación psicomotriz se dirige a favorecer la adquisición o a desarrollar la capacidad de percepción témporo espacial y de simbolización partiendo de la toma de conciencia y control del propio cuerpo, como base indispensable sobre la que se afirmara posteriormente la conciencia de esas nociones.

Dentro de las técnicas de psicomotricidad los cuatro grandes temas a tratar se centran así:

- Toma de conciencia del cuerpo.
- Toma de conciencia del espacio.
- Toma de conciencia del tiempo.
- Toma de conciencia de las relaciones cuerpo-espacio-tiempo.

En la toma de conciencia del cuerpo, radica en la realización de ejercicios para la organización del esquema corporal, la construcción de la imagen interna. Para ello, la base es la percepción, conocimiento y funcionalidad de cada zona corporal, para poder obtener posteriormente una participación global en el movimiento total.

No se debe sustraer la carga emocional del movimiento, el camino a seguir puede ser: dando directrices no muy rígidas usando esta capacidad motriz liberadora para después intentar una recapacitación sobre lo hecho, llegando a una racionalización, pero sólo cuando es necesaria y no antes de que lo sea. Está claro que este tipo de trabajo, por lo que tiene de enseñanza viva, no puede ser codificado bajo reglas implacables.

La toma de conciencia del espacio, es el proceso por el que hacemos tomar a la persona noción de su cuerpo del espacio interior, así como de la "primera esfera de

acción” es decir, el espacio que rodea al cuerpo sin desplazamiento de éste. Pero hay niños que lo adquieren hasta los nueve o diez años.

Para estos niños es muy difícil la noción de lateralidad, pueden independizar zonas parciales del cuerpo, pero no tienen conciencia de que este se divide en dos partes simétricas, derecha e izquierda.

La adquisición del sentido del espacio, a raíz de las investigaciones de Wallon y Piaget, se sabe que se desarrolla gradualmente y a través de numerosas etapas; quiere decir que su formación es lenta y esforzada, no es innata como hace años se pensaba.

Posteriormente el desarrollo de la vivencia del espacio total le hará tomar conciencia de su cuerpo en desplazamiento, en relación constante y cambiante respecto al ámbito en el cual se mueve y con respecto a las demás personas u objetos a su alrededor.

Por ello, el desarrollo de del sentido espacial y la toma de conciencia del esquema corporal favorece la estructuración de la orientación, lateralidad y equilibrio, que constituyen deficiencias inherentes a la mayor parte de las personas con problemas de psicomotricidad.

La toma de conciencia del tiempo, aquí se sobreentiende que la función temporal y espacial en la mayor parte de los casos se relacionan interviniendo simultáneamente.

La investigación de psicólogos prácticos ha demostrado que el enorme progreso que supone la adquisición de la función temporal mejora el aprendizaje de la lectura y otros procesos mentales.

La temporalidad y el sentido rítmico también se adquieren a partir de las sensaciones corporales kinestésicas; es decir las sensaciones que se transmiten continuamente desde todos los puntos del cuerpo. El ritmo, aunque puede provenir del exterior debe vivirse como algo inherente a la propia organicidad del cuerpo en

movimiento. La tensión y distensión muscular, los impulsos y reposos, las diferentes duraciones y pausas de los movimientos forman parte de la vivencia de lo temporal y de lo que constituye la esencia del ritmo fisiológico e interno. Así también toda comunicación con los otros se rige por las relaciones en el tiempo por medio de la simultaneidad, sucesión o pasaje.

Toma de conciencia de las relaciones cuerpo-espacio-tiempo, la función de simbolización se refiere a sustituir por signos determinados contenidos que aquellos representan. Dichos signos pueden pertenecer al lenguaje escrito, oral, corporal, etc., y esa capacidad de sustituir la realidad por el símbolo que le representa, es una actividad muy importante a nivel de trabajo intelectual.

Sin recurrir a ejemplos tan abstractos, cualquier situación imaginaria creada por el niño que juega pone en actividad la función simbólica. Aunque en muchos niños con problemas psicomotrices, se observa una enorme dificultad para imaginarse a sí mismos en irreal o crear dicha situación.

Por ello, dentro de la actividad mental natural del niño la función simbólica es de suma importancia, y lo será a todos los niveles de su actividad intelectual futura. Como profilaxis de posibles deficiencias en las funciones temporal, espacial y simbólica, así como importante contribución a la formación integral de los niños, es una forma de descubrirse a sí mismo y a los demás por medio de un nuevo lenguaje que permite comunicarse y manifestarse.

El niño es un ser en continuo cambio y con muchas apetencias, sería totalmente errónea una educación dirigida sólo hacia lo puramente racional, hacia la adquisición de conocimientos, por eso, la misión de esta materia es desarrollar sus facultades sensoriales y mentales.

Por lo que actuar sobre el medio exterior, para explorarlo, conocerlo, modificarlo, requieren la motricidad, como menciona Piaget, 1956 “todos los mecanismos cognoscitivos se basan en la actividad motriz” entonces entendemos que aprender es actuar, como lo hemos leído a lo largo del trabajo, la primera forma de conocimiento es el movimiento.

La percepción no es posible sin la experimentación y ésta es siempre un proceso de relación-acción entre el individuo y el medio.

El entorno que nos rodea, como son objetos con sus cualidades diferenciadas, seres vivos con sus modos de relación específicos etc., disponen de sus propias leyes para su desarrollo y crecimiento. Así, el integrar por medio del aprendizaje todos estos conocimientos es condición necesaria para la subsistencia y desarrollo del ser humano.

2.8 Esquema corporal.

Textualmente Le Boulch (1960) define el esquema corporal “como institución global o conocimiento inmediato de nuestro propio cuerpo, sea en estado de reposo o en movimiento, en función de la interrelación de sus partes y sobre todo, de su relación con el espacio y los objetos que nos rodean”.

En su explicación de movimiento La Boulch (1978) destaca los factores sociales que lo condicionan “La ciencia del movimiento humano no puede homologarse con el estudio de una maquina compuesta por palancas, bisagras y músculos” sino que diría el autor, “La ciencia del movimiento humano debe partir de la existencia corporal como totalidad y como unidad”. Por lo que su concepción del cuerpo humano deja de ser exclusivamente del “cuerpo como objeto” para referirse al “cuerpo propio” entrando de lleno en el concepto de motivación, finalidad y elaboración interna de los procesos motrices.

“Los movimientos y actitudes de una persona no son accidentales ni determinadas por el azar, sino que son significantes y están unidos a las motivaciones fundamentales del organismo” (Sassano, 2003) pero esto no quiere decir que los movimientos humanos son sólo movimientos en sí, sino que son movimientos en relación, es decir, el hombre no es un ser cerrado en sí mismo sino que es un ser en relación, por esto su movimiento participa de las características del marco social en el cual el hombre se desenvuelve.

Desde el concepto de esquema corporal se construye la imagen mental del propio cuerpo, proceso de interiorización que se elabora a partir de sensaciones:

- Propioceptivas, que proceden de los músculos, tendones y articulaciones, proporcionándonos información sobre la contracción o relajación del cuerpo.
- Interoceptivas, que nos ofrecen datos sobre el estado de las vísceras.
- Exteroceptivas, actúan sobre la superficie corporal, como las táctiles y kinestésicas, facilitando información sobre los objetos exteriores.

La disponibilidad corporal, exige para el autor que esa “imagen del cuerpo” sea verdaderamente operativa y no permanezca sólo como un concepto meramente descriptivo. En la medida en que el aprendizaje se aleja de la mecanización y se apoya más en la internalización del acto motriz, viene a convertirse en un elemento enriquecedor del esquema corporal; por el contrario la mecanización aliena el cuerpo del hombre y fija su imagen ya que “todo aprendizaje por medio de la mecanización compromete y disminuye la plasticidad potencial”.

El desarrollo de la personalidad e inteligencia y el conocimiento de las personas y objetos que nos rodean tienen su punto de partida en la adecuada estructuración del esquema corporal, y si esta estructuración es inadecuada surgirán problemas personales, familiares, escolares y sociales.

Por ello es necesaria la educación del esquema corporal, y las secuelas de una deficiente estructuración de éste, se pueden traducir en perceptivas, motrices y sociales.

En el plano perceptivo: deficiencia en la estructuración espacio-temporal, ya que es el propio cuerpo el primer punto de referencia de la percepción y en el que se funda la relación con los demás y con las cosas.

En el área motriz: la importancia del esquema corporal es fundamental pues sin él no se es capaz de organizar los esquemas motores de los que parten las acciones,

más usuales. La persona que padece alguna perturbación y no ejerce el control sobre alguna parte del cuerpo suele presentar defectos de coordinación.

A nivel personal y social: y como consecuencia de lo anterior, se reciben regañones que hacen cambiar el estado de ánimo y agriando el carácter, así que no es de extrañarse que esa persona normal aquejada por estos problemas responda con ira o agresividad y que exteriorice su constante ansiedad a través de pesadillas o tic nerviosos.

Es evidente que la estructuración del esquema corporal no es que se deba dejar al azar, sino que ha de educarse desde los primeros momentos de la infancia.

Para Vayer, la base de la personalidad infantil es la construcción del “yo corporal”, esta construcción se basa en el diálogo tónico, el juego corporal, el equilibrio del cuerpo y el control de la respiración, los cuales en su desarrollo atraviesan las tres fases de exploración, conciencia y control de sí. Al final de las tres fases se consigue una independencia corporal respecto del adulto, una expresión corporal socializada, el control del equilibrio corporal y el control de la respiración. (Vayer, 1972).

Un equilibrio correcto es la base fundamental de una buena coordinación dinámica y de cualquier actividad autónoma de los miembros superiores. Las dificultades de equilibrio repercuten en el aumento del cansancio, la ansiedad y la disminución de la atención. Existe pues, una estrecha relación entre las alteraciones del equilibrio y los estados de inseguridad y angustia de los sujetos.

Así, un trastorno del control de equilibrio, no sólo va a producir dificultades para la integración espacial, sino que va a condicionar el control postural de tal modo que generará pobreza comunicativa y alteraciones tónicas.

La vinculación de la respiración con aspectos psicomotrices se ve estrechamente relacionada con la percepción del propio cuerpo, sobre todo a nivel de tórax y abdomen así como con la atención interiorizada que ejerce el control sobre las determinaciones musculares y el relajamiento parcial de uno o varios elementos corporales.

Pero la conciencia de sí se adquiere paralelamente a la conciencia del mundo alrededor de sí, tanto el mundo de los objetos como el mundo de los demás. El mundo de los objetos se construirá a través de la organización perceptiva espacio-temporal, mediante las acciones motrices que el niño realiza de tal manera que se produce una estructuración recíproca yo-mundo de los objetos, lo que convierte a la acción corporal en el instrumento básico del conocimiento, ya sea de sí mismo o del mundo físico.

Entonces la reeducación psicomotriz “es aprender a cambiar cambiando, aprender la realidad no sólo en la dimensión material y cognitiva, sino también en la emocional y la simbólica. El movimiento y el gesto son entonces dos elementos esenciales para aprender y operar” (Sasson, 2003).

En 1936, Heuyer partiendo de la perspectiva de Dupré establece una estrecha relación entre el desarrollo de la motricidad, la inteligencia y la afectividad, es decir, que por primera vez aparece una concepción global del ser. Heuyer encontró que los trastornos de las funciones motrices van acompañados de los trastornos de carácter, por lo que estableció programas de tratamiento para resolver estos problemas, anticipando lo que sería la reeducación psicomotriz.

Heuyer dentro de sus investigaciones comprobó que la aplicación de un tratamiento psicomotriz a niños inestables, con ligeras paranoias e incluso jóvenes delincuentes, etc., era positivo para ellos y les producía una mejoría notable.

Menciona Arnaiz (1987) “un nuevo hecho que contribuye a afianzar la formulación de un proyecto terapéutico, es que considera la psicomotricidad como una actividad terapéutica destinada a intervenir por medio del cuerpo sobre las funciones mentales perturbadas y sobre las reacciones comportamentales del sujeto”. Lo que le permitirá al niño un desarrollo más armonioso y en el adulto la reequilibración psicotónica por medio de la experiencia corporal. Por lo que se considera al movimiento no como el fin, sino como el medio para hacer evolucionar al niño hacia disponibilidad y la autonomía.

El esquema corporal es una forma de expresar que mi cuerpo está en el mundo, una construcción activa que maneja constantemente datos actuales y pasados.

El problema de esquema corporal surge al poner en relación el espacio gestual (En 1979, Bloom demostró, a través de un experimento de narración gestual inducida, cómo el gesto adquiere prontamente propiedades lingüísticas en situaciones donde el habla no es posible, como ocurre con los signos de los sordos) y el espacio de los objetos, estos dos espacios pueden no estar en relación llegando a ser el uno un obstáculo para el otro. Dando lugar a distintas perturbaciones. La intuición del propio cuerpo va a constituirse en un intermediario necesario para percibir al otro.

Para R. Zazzo (Citado en Sassano, 2003) la imagen del otro es fundamental en el descubrimiento de sí mismo. Entonces entendemos que el reconocimiento de los demás es muy anterior al de sí mismo.

Hablando de la representación del propio cuerpo, Ballesteros Jiménez (Citado en Sassano, 2003) “La última consecuencia esencial del desarrollo de la representación es que el cuerpo propio, él mismo, es concebido como objeto. Gracias a la imitación se interioriza en la representación, el niños es capaz de figurarse su cuerpo propio por analogía con el otro”.

En conceptos actuales, Françoise Dolto (1984) distingue el esquema corporal de la imagen corporal de la siguiente manera: “El esquema corporal especifica al individuo en tanto que representante de la especie, cualquiera que sea el lugar, la época o las condiciones en las que vive, la imagen del cuerpo por el contrario, es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia”.

“Si en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo el mismo clima, más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo por el contrario, es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia, de ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente” (Dolto, 1970). Puede tomarse como consciente cuando

se asocia con el lenguaje. Así, la imagen del cuerpo es la síntesis de nuestras experiencias emocionales.

El esquema corporal es el resultado y la condición de precisas relaciones entre el individuo y el medio (Sassano, 2003).

Los problemas motores de los que hemos hablado se deben a sus funciones prácticas, entendamos por praxia la capacidad para llevar a cabo movimientos voluntarios con un propósito, por lo que es necesario que actúen armónicamente y con precisión diferentes niveles de acción es decir, praxia, es el acto total a ejecutar con una finalidad, más o menos compleja; por ejemplo vestirse, peinarse, ir de un lado a otro etc. Se adquiere a través de procesos formativos producto de la experiencia (educación).

La coordinación motora en general, requiere regularidad, ritmo y armonía, por lo que es necesario el control de contracciones y relajaciones de músculos.

En la organización sensorio-motora, el ritmo ocupa un lugar muy importante, ya que es la base indispensable en la noción temporal y la coordinación. No se ha podido establecer una relación directa entre la edad cronológica y ritmo porque la noción del ritmo es una condición innata del ser humano, por lo que se da el caso de un niño con sentido rítmico muy desarrollado y un adulto con grandes dificultades rítmicas. Por ello el ritmo es susceptible de educación y mediante un programa adecuado se puede desarrollar notablemente la noción rítmica.

El sentido rítmico comprende las nociones de rápido y lento, lo que implica una duración y secesión en el tiempo, entonación, cadencia, acento, melodía en relación con los movimientos del habla y la música.

Como se expuso anteriormente, la finalidad del presente trabajo es lograr la rehabilitación del enfermo mental en reclusión para que adquiriera una autonomía por medio del conocimiento de su cuerpo aprehendiendo y experimentan dos situaciones nuevas y lo lleva progresar en los conocimientos y habilidades y al mismo tiempo la mejoría en sus relaciones sociales y afectivas.

En el siguiente capítulo se aborda de manera más específica lo que ha rehabilitación psicosocial se refiere.

Capítulo 3: Rehabilitación psicosocial.

El concepto de rehabilitación ha derivado de la medicina y como otros conceptos similares en este campo de actuación, como puede ser en la “prevención terciaria” ya no tiene el sentido inicial que pudiera poseer. Rehabilitar es según el diccionario “restituir a una persona o cosa a su estado anterior” o bien, define rehabilitación como “el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un traumatismo o enfermedad”.

Dentro del campo de la intervención social, el concepto de rehabilitación no hace ya sólo referencia a la mejora de capacidades o habilidades, ya que también se refiere al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento determinado, así, el rehabilitar incluye tanto el mejorar como el mantener o evitar una situación pero durante el mayor tiempo posible.

Existen numerosas definiciones de rehabilitación, pero todas ellas convergen ciertas características:

- La rehabilitación se hace “con las personas, no sobre las personas” donde el individuo es el forjador de su proceso de rehabilitación.
- Las actividades que se llevan a cabo en rehabilitación siempre viene determinadas por los objetivos que se pretenden alcanzar.
- Todas las personas son sujetas a rehabilitación en el momento que existe un solo objetivo de mejora o apoyo para el mantenimiento de una situación vital concreta y la evitación de un mayor deterioro, es decir la rehabilitación tiene muy en cuenta la diferencia que existe entre “normalización” y la pretensión absurda de querer convertir a todos los diferentes en “normales”.

- Su objeto de actuación no es sólo el individuo concreto que tiene una enfermedad mental, sino que abarca a la persona y su contexto valiéndose de cualquier elemento relevante para cumplir el objetivo.

Así, recogiendo aportaciones de autores como Cohen, Liberman y Evans, se puede decir que es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad provocada por una enfermedad mental, se le den las herramientas necesarias que ayuden a mantener y/o evitar un mayor deterioro de sus capacidades, para que pueda llegar a desarrollar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para que logren vivir nuevamente en sociedad con el menor apoyo posible.

Siguiendo en el mismo tenor de la rehabilitación, tenemos la rehabilitación psicosocial que en la parte de atención a enfermos mentales, trata de complementar el tratamiento farmacológico para conseguir la mejora del funcionamiento personal y social. Se sitúa en el ámbito de la prevención terciaria, es decir intentando disminuir las secuelas de la enfermedad, aprendiendo y potenciando la recuperación del mayor número de capacidades posibles.

De esta forma la rehabilitación apoya a los enfermos mentales en el desempeño de sus roles y capacidades en todas las áreas de su vida promoviendo la mayor autonomía e independencia posible.

La atención integral debe estar basada en una adecuada evaluación que sea capaz de analizar y explicar aspectos tan importantes como la sintomatología, el funcionamiento psicosocial del individuo, su desempeño social y personal y el afrontamiento de las diferentes demandas que pueden presentar los ambientes en los que se desenvuelve.

De tal forma que los principales objetivos de cualquier intervención integral deben abordar serían:

- Control y manejo de sintomatología.

- Mejora de las capacidades y habilidades personales para la mejora del funcionamiento psicosocial.
- Apoyo familiar

Para Rodríguez, A (1997) la rehabilitación psicosocial es un procesos cuya meta es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que las permita mantenerse en un entorno social en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

Es deseable mejorar al máximo el desenvolvimiento social del sujeto por medio de procesos de adiestramiento y reeducación, los esfuerzos para modificar el repertorio de habilidades son clave, sin embargo, en ocasiones en necesario modificar el entorno del sujeto.

La rehabilitación se inicia después de haber logrado la estabilización de un periodo agudo o de una exacerbación de un trastorno, cuya repercusión suele traducirse en una pérdida de la actividad social y de autonomía.

La rehabilitación psicosocial es un proceso que dota a las personas con capacidades de habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar con el menor apoyo posible.

Ahora bien, la rehabilitación del delincuente con trastorno mental que es una población de pacientes que puede tener una prevalencia de enfermos que sufren de trastornos de la personalidad o de subnormalidad, apunta a algo ligeramente más ambicioso que la rehabilitación común, porque la mejoría en el estilo de vida es lo que se debe pretender, y no el retorno a un nivel de funcionamiento premórbido.

“Es importante determinar asimismo la naturaleza y fuerza de su personalidad y su situación social. Dicha situación es la piedra angular de cualquier programa de rehabilitación, casi cualquier sujeto presenta características que lo ayudarán a

sobrevivir y adaptarse, las cuales deben ser fomentadas a expensas de las características desadaptadas (Gunn y Taylor, 1980).

Finalmente se debe poner de relieve el valor del trabajo en grupo para cualquier población que contenga una preponderancia de pacientes con perturbaciones de la personalidad, puesto que muchas de estas personas no responden bien si sus problemas no se analizan desde un punto de vista individual, sino que parecen tener apoyo e introspección al ver sus propias dificultades reflejadas en otras personas cuyos problemas son igual de graves.

Además los pacientes con problemas de la personalidad tienen dificultades para relacionarse con otros grupos de individuos. Por ello en este diseño de taller se pretende que las actividades se realicen de forma grupal para contribuir positivamente en su rehabilitación psicosocial.

Actualmente existen formas de intervención que pueden mejorar la evolución de la enfermedad y la calidad de vida, tanto de la misma persona como de las personas de su entorno. El tratamiento óptimo es la administración de fármacos y una combinación individualizada de intervenciones psicosociales.

La rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad de las personas de alcanzar:

- Un mayor nivel de funcionamiento independiente en la comunidad.
- Una mejora en la competencia individual.
- La introducción de cambios en el entorno para conseguir una vida con la mejor calidad posible.

La rehabilitación psicosocial no sólo es adecuada para las personas que han estado vinculadas al hospital, son también para personas que se encuentren vinculadas a sistemas de cuidados comunitarios (Varios autores, 2011).

Diferentes organismos internacionales han establecido que la rehabilitación psicosocial debe ocupar un lugar entre las prioridades de los sistemas públicos de salud y de servicios.

3.1 Evaluación.

Dentro del diseño del taller es importante tomar en cuenta la evaluación ya que, para poder llevar adelante éste proceso es necesario conocer al “sujeto de rehabilitación” en interacción con su entorno, es aquí donde la evaluación cubre esa necesidad que es requisito.

La evaluación es preliminar en la elaboración del plan de rehabilitación, ya que a partir de ella se programan los diferentes objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y controlan resultados.

En el proceso de rehabilitación, la evaluación debe llevarse a cabo de manera:

- Individualizada, atendiendo a cada caso concreto.
- Continua, debe, mantenerse durante todo el proceso de rehabilitación.
- Abierta, de manera que permita realizar cambios, variaciones y rectificaciones sobre conclusiones obtenidas en momentos anteriores del proceso.
- Contextualizada, realizada desde el propio medio-entorno del usuario del servicio.

Con la evaluación se pretende recoger información acerca de:

Habilidades que permiten realizar de forma autónoma actividades cotidianas y por tanto también las incapacidades, déficits y acontecimientos que pueden estar impidiendo la adaptación de la persona a su entorno. Para ello es importante identificar las demandas del entorno, reconociendo las posibles incompetencias que pueden impedir a las personas hacerles frente. Así como los recursos necesarios para alcanzar una meta de rehabilitación.

En definitiva, la evaluación funcional ayuda a identificar las aptitudes, excesos y características conductuales que favorecen o dificultan el desempeño de los papeles social y ocupacional de los individuales.

Algunos aspectos a tomarse en cuenta al momento de evaluar:

- Comprensión general, seguimiento de instrucciones progresivamente complejas.
- Capacidad verbal suficiente como para mantener una conversación funcional, adecuación de la conversación a un fin preestablecido en situación de petición, asertividad positiva y negativa.
- Mantener la atención el tiempo suficiente como para realizar tareas cotidianas o afrontar situaciones de interacción, solución de problemas de resistencia a la fatiga progresivamente complejos.
- Orientación espacio-temporal.
- Motricidad fina y gruesa.

Por lo tanto, la evaluación implica la realización de un análisis individualizado de conductas concretas, estas conductas deben describirse de manera operativa, es decir en términos específicos y observables.

Es importante conocer la historia clínica de la persona, al menos los siguientes datos:

- Diagnóstico
- Número de ingresos
- Síntomas característicos o más relevantes
- Características y frecuencia de crisis

En lo que a habilidades sociales se refiere, es importante recabar información relacionada con:

- Conversación, iniciar, seguir y cerrar conversaciones, uso de la comunicación verbal y no verbal de modo coherente.
- Realizar contacto social y ser capaz de tomar la iniciativa, inserción de una situación de intercambio social y desenvolvimiento en ella.
- Hacer peticiones de modo adecuado y defender los derechos sin crear conflictos, comprobar el grado de asertividad de la persona. Expresión adecuada de motivos y derechos y adecuado manejo de la situación.
- Expresar emociones, reacción ante la presentación de una historia claramente emocional.

Se debe recoger información sobre conductas problemáticas, tales como:

- Conductas suicida
- Extravagancias
- Adicciones
- Agresividad
- Graves alteraciones en la comunicación
- Aislamiento social
- Tenemos entonces que la evaluación debe ser en función de las capacidades y déficits conductuales que presenta cada uno de los usuarios, como requisito previo para poner en marcha las actuaciones psicosociales.

3.2 Diseño del taller de educación psicomotriz para enfermos mentales en reclusión.

Una vez que se habló de los antecedentes de la enfermedad mental, enfocada en personas que han delinquido y cómo ha ido evolucionando hasta nuestros días, pasando por el cómo se trataba en un inicio en hospitales psiquiátricos y cómo ha sido su desarrollo en México. Pasaremos al diseño base para el taller de educación psicomotriz en CE.VA.RE.PSI.

La estructura del taller **Educación Psicomotriz** se encuentra diseñado en tres niveles de intervención.

En el primer nivel se hará una revisión de expediente y se llevará a cabo la evaluación en la que se realizarán entrevistas individuales a los internos, con la finalidad de recabar información sobre su diagnóstico, número de ingresos al centro, síntomas y conducta relevante, extravagancias, adicciones, interacción con la comunidad o aislamiento, alteraciones en la comunicación.

Así como cuestiones sobre habilidades y su contraparte, incapacidades, déficits y acontecimientos que dificulten o impidan la adaptación al medio, así como identificar recursos en la persona, necesarios para alcanzar la meta de rehabilitación.

Una vez recabada la información pertinente, se procederá al segundo nivel en el que se comenzará a dar información a los pacientes en grupo sobre el taller antes de comenzar con las dinámicas, con la finalidad de disminuir la ansiedad de los participantes y resolver las dudas que vayan surgiendo.

Para dar paso a las dinámicas de educación psicomotriz, la cual estará dividida en: visomotora, orientación derecha/izquierda (lateralidad), coordinación de piernas, coordinación de brazos, acción imitativa, motricidad fina y gruesa e integración de las anteriores.

3.3 Procedimiento

Se realizarán dos entrevistas filtro individuales por día a los internos de los dormitorios dos y tres, con la finalidad de seleccionar a los internos que cuentan con las características específicas para participar en el taller, una vez seleccionados a los internos, se les pedirá que realicen una serie de ejercicios psicomotores; mismos que se realizarán ya como tal en el taller, con la finalidad de evaluar la motricidad y se harán anotaciones para que sean comparadas al final del taller y hacer una comparación la mejora o mantenimiento de habilidades.

Con los resultados de la primera aplicación, permitirá hacer una evaluación sobre el estado psicomotriz de los internos para posteriormente ir adecuando el taller a la necesidades de los internos, por lo que se dividirán en tres niveles de desarrollo psicomotor.

Una vez clasificados e identificados a los internos en los tres niveles de desarrollo, se reunirán en lo que será la presentación del taller “Educación Psicomotriz” para informarles en qué consiste el taller e invitarlos a participar, además se les dará galletas y café como agradecimiento por su participación en la entrevista y presentación.

Es importante resaltar que no se usaran reforzadores en las demás sesiones del taller, ya que el beneficio es para los propios internos, porque se espera que su participación sea por las ganancias que produce la estimulación psicomotriz.

3.4 Método

Diseño experimental.

Se integraran dos grupos (A y B) de ocho internos cada uno, con la finalidad de dar atención más específica, que se encuentran en los dormitorios dos y tres del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.

Criterios de inclusión.

Pacientes vulnerables con las siguientes características:

- Internos Dx: retraso mental
- Internos con Dx: daño orgánico leve
- Internos con Dx: trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad
- Internos del dormitorios 1 y 2 (inimputables)
- La edad dependerá de los criterios anteriores.

Criterios de exclusión.

- Internos con Dx: daño orgánico moderado y leve
- Internos de la tercera edad
- Internos del dormitorio 3

Descripción

A continuación se presenta el diseño del formato de entrevista (véase anexos) para recabar la información de la evaluación. Y las cartas descriptivas de las dinámicas a realizarse.

Ya que como se mencionó, se iniciará con las entrevistas filtro, que se llevaran a cabo tres veces por semana de 30 minutos por interno, por lo que se realizarán dos entrevistas por día.

El taller se llevará a cabo en 20 sesiones dos veces a la semana durante dos horas por sesión (40 horas-total) por lo que al grupo A le corresponde los días lunes y al grupo B le corresponde los días miércoles.

Presentación y fundamentos cartas descriptivas.

El esquema de las dinámicas a realizarse en el taller se divide de forma evolutiva; reeducación del movimiento y reeducación perceptual, ya que persigue como finalidad lograr el desarrollo las áreas sensorio-motrices deficientes en el interno así

como la adquisición de bases para fortalecer y sostener el conocimiento logrado en las sesiones.

En cada una de las sesiones se toma en cuenta, la estrecha relación entre motricidad y psiquismo, pues las experiencias motoras de los participantes son las que permiten una serie de adquisiciones mentales sobre la conciencia de su propio cuerpo y de su mundo circundante. Y la reeducación perceptual que comprende la estimulación auditiva, visual, táctil, cenestésica y propioceptiva.

La mayor parte de los ejercicios se refieren al trabajo motor, ya que como se ha venido mencionando a lo largo del trabajo, consideramos que por medio de éste se lograrán dos finalidades, no sólo la reeducación de las praxias (realización de un acto complejo con un fin dado) sino también de las gnosias (capacidad para interpretar las impresiones sensoriales) tenemos entonces un programa en el que se la reeducación movimiento activa la mente, asocia estrechamente la conciencia a la acción y permite una integración progresiva de las adquisiciones logradas.

Los participantes no deben olvidar que todas las dinámicas del taller tienen reglas que deben respetarse para poder llevar a cabo el taller de forma segura, amable y eficaz. De igual forma no deben olvidar que son ejercicios que principalmente los benefician a ellos, ya que reaprenderán a conocer y controlar su cuerpo para evitar de esta forma tener conflictos con sus compañeros y convivan de forma amable con todos, siempre respetando su espacio.

Sesión 1

A continuación se muestra la carta descriptiva con la sesión que se iniciará el taller de reeducación psicomotriz, la cual se divide en tres objetivos:

- Inicio: 30 minutos, en los que se llevará acabo la presentación del coordinador y los participantes, con la dinámica de la telaraña con el objetivo de disminuir la tensión el grupo, el material que se usara será una bola de estambre.
- Desarrollo: 30 minutos, en los que el objetivo es que los participantes identifiquen los aspectos generales del taller, por medio de una exposición con ayuda de una presentación en Power Point.
- Cierre: 20 minutos en los que se resolverán dudas respecto a la información, con el objetivo de animarlos a continuar en el taller, por medio de caritas en paletas de cartón para saber cómo se sintieron durante la sesión.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes y miércoles

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Presentar el taller haciendo una breve introducción del mismo, así como la presentación de los participantes.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
1	10:30 – 11:00	Presentación del taller	Presentación del coordinador y de los participantes para romper la tensión	Dinámica de presentación: “La telaraña”	Bola de estambre
	11:10–11-40		Que los participantes identifiquen los aspectos generales del taller	Exposición	Proyector, laptop Mesa, sillas
	11:50 – 12:30		Resolver dudas de los participantes (dinámica de cierre de sesión)	Dinámica: “Caritas”	Paletas de cartón con caritas

Sesión 2

En la sesión dos, se abordara el tema del esquema corporal, del conocimiento del propio cuerpo, se examina el reconocimiento y localización de partes gruesas del cuerpo, las articulaciones, los detalles y la imitación motora en general, partes gruesas, con la primer dinámica “Figura humana” se pretende que reconozcan la forma del cuerpo por, deben observar a sus compañeros, posteriormente se les pide a los participantes que se toquen diferentes partes del cuerpo, una vez que han percibido la imagen del cuerpo, a continuación se les pide que se dibujen.

En la siguiente dinámica “Una pierna una mano” se trabaja la identificación de lateralidad de extremidades inferiores y superiores. Con la finalidad de empezar a trabajar las deficiencias en la praxia; la coordinación general, lateralidad, el ritmo y la armonía. Por medio de relajación y contracción de músculos.

Con la dinámica “Pera-manzana”, una vez que han identificado su cuerpo, en esta dinámica llevaran a cabo los conocimientos de lateralidad de los miembros superiores y ubicación de la boca, así como coordinación. Lo mismo sucede con la dinámica “Pelota-pie” pero esta vez coordinando e identificando lateralidad con las extremidades inferiores.

Finalmente con la dinámica “Cojito” de igual forma se seguirá reforzando la lateralidad con los pies así como equilibrio, ritmo al saltar, pero se agregarán botes como obstáculos para que los participantes los vayan sorteando y de esta forma tengan un mejor control sobre su cuerpo, coordinación general y perceptual.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes comiencen a conocer su cuerpo y manejar lateralidad de brazos y piernas.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
2	10:30 – 10:50	Conocimiento del propio cuerpo	Señalamiento de partes del cuerpo	Dinámica: “Figura humana”	Papel bond y plumones
	10:50 – 11:10		Lograr identificar lateralidad (derecha-izquierda, brazos)	Dinámica: “Una pierna, una mano”	Música
			Lograr identificar lateralidad (derecha-izquierda, piernas)	Dinámica: “Pera-manzana”	Frutas de fomi
	11:10 – 12:30			Dinámica: “Pelota-pie”	Pelotas
			Dinámica: “Cojito”	Ninguno	

Sesión 3

En esta sesión se trabaja con la consciencia de sensaciones musculares, es decir hacer a los participantes conscientes de la movilidad e inmovilidad de su cuerpo con la dinámica “El motor” ayudar a hacerlos conscientes del control que pueden tener sobre su cuerpo y movimientos, cuando la música se detenga y deban detenerse sin moverse. Deban poner atención a la música y a sus miembros, lo que implica reeducación propioceptiva.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que el participante comience a tener consciencia de su cuerpo y a manejarlo.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
3	10:30 – 10:50	Consciencia de sensaciones Musculares	Hacerlos conscientes de la movilidad e inmovilidad de su cuerpo	Dinámica: “El motor”	Música
	10:50 – 11:10	Esquema corporal	Comprensión verbal del lenguaje y esquema corporal	Dinámica: “El mundo al revés” Dinámica: “El robot sin pilas”	Ninguno Ninguno
	11:10 – 12:30	Control segmentario	Coordinación dinámica general , lateralidad y percepción espacial	Dinámica: “Los sanfermines”	Ninguno

Sesión 4

La dinámica de esta sesión tiene como objetivo, que el participante estimule la motricidad fina, orientación espacial y desarrollar la coordinación viso-motora.

En la primera parte de la sesión con la dinámica “Botones” desarrollaran su motricidad fina, mediante la inserción de cordón en los orificios de botones, con el objetivo de que reaprendan a controlar movimientos finos con sus manos.

Finalmente en la segunda parte de la sesión se seguirá reforzando la motricidad fina mediante la dinámica “Frijoles” en la que los participantes pegaran semillas de frijoles en dibujos, para estimular los movimientos de pinza en las manos de los participantes.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que el participante estimule la motricidad fina y orientación espacial.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
4	10:30 – 11-10	Motricidad fina	Desarrollar la coordinación visomotora, la orientación espacial y la coordinación fina	Dinámica: “Botones”	Botones de colores y cordón
	Dinámica: “Frijoles”			Hojas de papel con dibujos, pegamento y frijoles.	

Sesión 5

En esta sesión habrá cuatro dinámicas y se trabajara con la coordinación de los brazos y las manos, mediante la dinámica con pelotas el objetivo es que los participantes logren controlar los movimientos de los brazos y las manos al botar la pelota intentando no soltarla, esto lo realizaran de manera libre; es decir no habrá ninguna marca en el piso, lo mismo sucederá cuando lancen hacia arriba la pelota, involucrando movimientos de ojos y cabeza para ubicar dónde está la pelota y logren cazarla con las manos así como de los pies, pues tendrán que avanzar hasta llegar a la meta señalada.

En las siguientes dinámicas se agregara un elemento que dificultara la actividad, una línea en el piso, la cual deberán seguir los participantes, con el objetivo de hacerlos tomar conciencia de su espacio respecto a los demás para no golpearse entre ellos.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes aprendan a coordinar sus brazos.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
5	10:30 – 11-10	Coordinación de brazos	Botar la pelota el mayor número de veces sin que se le vaya.	Dinámica: “Bota pelota”	Pelotas
	11:10 – 11:30		Lanzar la pelota tratando de cacharla la mayor cantidad de veces	Dinámica: “Cacha pelota”	Pelotas
			Botar la pelota sobre un camino recto que se trazara en el piso	Dinámica: “Guiar la pelota”	Pelotas
			Trabajar en parejas y pasarse la pelota	Dinámica: “Pelota con ritmo”	Pelotas y música

Sesión 6

En esta sesión se trabajara la coordinación de las piernas, con el objetivo de que los participantes emprendan a controlar sus extremidades inferiores, usando una pelota, la cual deberán guiar libremente por todo el salón, después el ejercicio será más complejo colocando líneas en el suelo por la que guiaran la pelota, con estas dinámicas se pondrá a trabajar el sentido rítmico y la comprensión de rápido y lento.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes aprendan a coordinar sus piernas.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
6	10:30 – 11-10	Coordinación de piernas	Buscar todas las posibles formas de caminar	Dinámica: “Bailando con ritmo”	Música
	11:10 – 11:30		Patear la pelota de forma moderada	Dinámica: “Pelota pie”	Pelotas
			Patear la pelota de forma moderada siguiendo un camino	Dinámica: “Guiar la pelota”	Pelotas
		Trabajar en parejas y pasarse la pelota	Dinámica: “Pelota con ritmo”	Pelotas y música	

Sesión 7.

En esta sesión se seguirá reforzando lateralidad en los miembros superiores e inferiores, así como la acción imitativa, los ejercicios que se presentan serán realizados primero por el facilitador, como ejemplo para que a los participantes les quede claro cuál será la dinámica de la sesión, lo que permitirá a los participantes acomodar sus esquemas sin que haya propiamente manipulación de un objeto, sino solamente el control y consciencia de su cuerpo. De esta forma se favorecerá la creación de la representación; al transformar las imágenes en acciones.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que el participante logre identificar y mantener la diferencia entre derecha izquierda.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
7	10:30 – 11-30	Lateralidad	Orientación derecha-izquierda Acción imitativa	Dinámica: “Muéstrame” (individual)	Hoja guía
	11:30 – 12:30			Dinámica: “Entrelazar las manos” (individual) Dinámica: “Cruzar los pies” (individual) Dinámica: “La nave espacial” (individual)	Hoja guía

Sesión 8.

En esta sesión trabajarán la coordinación visomotora, mediante la construcción de figuras con cubos; previamente el facilitador le mostrará un modelo que el participante deberá copiar, para finalizar con una dinámica en la que deberán decorar un pato con papel y pegamento. Con el objetivo de poner a trabajar su habilidad visual así como involucrar movimientos corporales controlados que implican precisión, y ubicación en el espacio respecto a su propio cuerpo.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes desarrollen la coordinación visomotora, control del cuerpo y organización espacio-temporal.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
8	10:30 – 12:00	Coordinación visomotora	Desarrollar la percepción, la atención y tonicidad muscular	Dinámica: “Construcción de cubos” (individual)	Hoja guía
	Dinámica: “El pato”			Hoja con ilustración, pegamento y papel crepe.	

Sesión 9.

En las dinámicas de esta sesión se trabajará con el equilibrio estático, control y ajuste corporal y tiempo de reacción, ya que los ejercicios consisten en que desequilibrar a los participantes cambiando su posición inicial y ellos deberán volver a la posición indicada y quedarse así, en ese momento se observara su tiempo de reacción constante, que es la gravedad. Para que aprender a controlar conocer y controlar su cuerpo.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes sean conscientes de su cuerpo en general y atiendan las indicaciones.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
9	10:30 – 11:00	Conocimiento corporal	Equilibrio estático, control y ajuste corporal y tiempo de reacción	Dinámica: “Rodilla con rodilla”	Ninguno
				Dinámica: “Imitando al Rey”	Ninguno
	11:10 – 12:30			Dinámica: “Pelota al cesto”	Pelotas pequeñas y canasta
				Dinámica: “Las estatuas”	Ninguno

Sesión 10.

Se continuara trabajando con el esquema corporal, para que el participante conozca y controle en su totalidad su cuerpo, así como el tiempo de reacción y agudeza visual.

Ya que los ejercicios implican observar bien las imágenes que se les mostraran para realizar la tarea, así como la prontitud de su respuesta al observar e imitar lo que hace su compañero.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes conozcan en su totalidad su cuerpo

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
10	10:30 – 11:00	Esquema corporal	Agudeza visual y tiempo de reacción	Dinámica: “Los animales”	Láminas con dibujos de animales
				Dinámica: “Has movido la mano”	Ninguno
	11:10 – 11:30			Dinámica: “El copión”	Ninguno
	11:30 – 12:30			Dinámica: “Papelitos”	Papelitos con dibujos de diferentes personajes.

Sesión 11.

Esta sesión está enfocada a estimular la motricidad gruesa, por medio de ejercicios con pelotas y obstáculos lo que les permitirá manejar sus extremidades con movimientos amplios pero al mismo tiempo controlados, observando la ejecución cognitiva de lo que han aprendido durante las sesiones del taller, involucrando el lenguaje perceptivo; a la vez que otros compañeros hacen el mismo ejercicio, comunicándose para no chocar con el otro.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes mejoren la motricidad gruesa

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
11	10:30 – 11:00	Motricidad gruesa	Estimular y mejorar la motricidad gruesa, ejecución cognitiva y lenguaje receptivo	Dinámica: “Jugar a la pelota” (parejas)	Pelotas grandes
	11:10 – 11:30			Dinámica: “Recorrido con obstáculos”	Botes de colores y marca en el piso
	11:40 – 12:30			Dinámica: “Caminando de lado y hacia atrás”	Música

Sesión 12.

Esta sesión está enfocada a que el participante trabaje y estimula la coordinación visomotriz, óculo-manual y la organización viso-espacial, ya que las tres están relacionadas para la ejecución de los ejercicios de esta sesión.

En el primer ejercicio se involucran los movimientos de los ojos para ubicar el material, rasgar el papel, agarrar el engrudo y ubicar dónde y cómo deben colocarlo para cumplir con la tarea. Por su parte, en el segundo ejercicio deberán lanzar pelotas y cacharlas sin perderlas de vista, el ejercicio se ira haciendo cada vez más complejo para que el participante vaya reforzando, precisando y afinando su movimientos.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes desarrollen habilidades de tipo visomotriz y de coordinación óculo-manual.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
12	10:30 – 11:30	Coordinación	Desarrollar la coordinación visomotriz, óculo-manual y organización espacio-temporal	Dinámica: “Mi pelota”	Globos, papel periódico, engrudo, recipientes
	11:50 – 12:30		Coordinación óculo-manual	Dinámica: “La pelota y gira”	Pelota grande

Sesión 13.

El objetivo en esta sesión es que el participante evoque con mayor facilidad la información que ha adquirido a lo largo de

El taller sobre lateralidad y seguir reforzando este aspecto. Por medio de ejercicios muy familiares para los participantes en los que incluso ellos mismos podrán ser partícipes al decir que deben hacer sus compañeros.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que el participante logre identificar y mantener la diferencia entre derecha izquierda.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
13	10:30 – 11:30	Lateralidad	Orientación derecha-izquierda	Dinámica: “Has movido la mano”	Ninguno
	Dinámica: “Oreja por nariz”			Ninguno	
				Dinámica: “Canción de las manos”	Ninguno
				Dinámica: “Paquito dice”	Ninguno
				Dinámica: “Twister”	Tapete de Twister
	11:40 – 12:30				

Sesión 14.

Los ejercicios a realizarse en esta sesión tienen como objetivo trabajar la coordinación dinámica general, la que implica como su nombre lo dice, el movimiento general de todo el cuerpo, extremidades superiores en inferiores, movimiento de la cabeza, del tronco.

En la primera dinámica se jugará a las sillas, en la que los participantes deberán estar atentos a la música y no perder de vista las sillas vacías para sentarse cuando la música pare.

En el segundo ejercicio se pondrán marcas en el piso que deben seguir caminado de la forma que el facilitador indique, de tal forma que logren mantenerse en equilibrio, llegar a la meta y completar la tarea.

En la última dinámica deberán hacer los movimientos que se van mencionando en la historia que se le contará, donde deberán estar atentos a lo que escuchan y ejecutar el movimiento. Siempre controlando su cuerpo y teniendo cuidado de lastimar a sus compañeros.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes aprendan a movilizar su cuerpo de forma organizada.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
14	10:30 – 11:00	Coordinación dinámica general	Realizar movimientos básicos como, caminar, correr, saltar.	Dinámica: “Vamos a mi silla”	Silla y música
	11:10 – 11:40		Mover el cuerpo de manera global	Dinámica: “Caminito a la dulcería”	Cinta para marcar en el piso y pelotas
	11:50 – 12:30		Realizar ejercicios que requieran movimientos de extremidades superiores e inferiores	Dinámica: “Caty”	Pelotas pequeñas, cuento, hojas blancas y colores

Sesión 15.

El objetivo de las dinámicas de esta sesión, es seguir reforzando el trabajo visomotriz, mediante el uso de pinturas, con las que tendrán que ir haciendo dibujos en papel al ritmo de la música, podrán proponer con qué ritmo hacer el ejercicio.

La segunda dinámica consiste en darles un globo al que deberán dibujarle un rostro y nombrarlo, el cual será su pareja de baile, por lo que no deberán de perder de vista el globo y manipularlo con las manos para que no se caiga mientras bailan al ritmo de la música.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes sean llevados a un conocimiento más consciente de su cuerpo y trabajar la concordancia entre los ojos y la actividad manual.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
15	10:30 – 11:30	Esquema corporal, coordinación óculo- manual y visomotriz	Representación gráfica y ejecución de actividades que requieren precisión manual	Dinámica: “Manitas a la obra”	Pliegos de papel bond, pinturas de colores y música
	Dinámica: “El vals del globo”			Globos y plumones de colores	

Sesión 16.

En esta sesión se observará como los participantes van integrado lo que se ha visto a lo largo del taller, por ello se trabajará con el esquema corporal, se empezará con el manejo de pelotas con los pies, para reforzar lateralidad así como coordinación visomotriz y cada vez irá aumentado el grado de complejidad de dicha dinámica, con obstáculos o marcando cierto camino. Por lo que sus movimientos deberán ser más controlados y precisos.

En la tercera dinámica se contará una historia sobre un oso, y los participantes deberán estar atentos a lo que se está contando, es decir deberán escuchar con cuidado para que vayan imitando lo que se narra así como realizar movimientos, controlándolos para lograr la tarea.

En la última dinámica de “El cocodrilo” el facilitador explicara y pondrá el ejemplo de cómo camina el cocodrilo, los participantes estarán caminando por el salón y al sonar una campana los participantes deberán imitar el movimiento del cocodrilo, cuando suene de nuevo la campana deberán volver a su posición inicial.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes integren las actividades vistas con anterioridad.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
16	10:30 – 11:00	Esquema corporal	Desarrollar destreza en los movimientos de los pies.	Dinámica: “Pelota-pie”	Pelotas
	11:10 – 11:30		Coordinación dinámica general	Dinámica: “El oso amistoso”	Oso de peluche y música
	11:40 – 12:30		Coordinación dinámica general, control del cuerpo, esquema corporal, organización espacio-temporal	Dinámica: “Cocodrilos”	Cocodrilo de peluche y campanita

Sesión 17.

En esta sesión se reforzará y estimulara la coordinación visomotora, que como ya habíamos dicho consiste en que el participante logre seguir con sus ojos los movimientos que involucran las manos, para realizar el ejercicio de construir figuras con cubos, una vez que observe el ejemplo del facilitador.

En la segunda dinámica se trabajara de igual manera la coordinación de los ojos y las manos cuando tengan que decorar un dibujo con papel y pegamento.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes estimulen y refuercen su coordinación visomotora.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
17	10:30 – 12:00	Coordinación visomotora	Desarrollar la percepción, la atención y tonicidad muscular	Dinámica: “Construcción de cubos” (individual)	Hoja guía
	11:10 – 11:30			Dinámica: “El dinosaurio”	Hoja con ilustración, pegamento y papel crepe.

Sesión 18.

El objetivo en esta sesión es que el participante refuerce todo lo aprendido sobre motricidad fina a lo largo del taller, al mismo tiempo que se implica la coordinación óculo-manual con la dinámica de cascarones coloridos” en la que tendrán que pintar cascarones, lo cual requiere movimientos de pinza para tomar el pincel y por otro lado seguir con sus ojos los movimientos con las manos para decorar el cascaron.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes mejoren su motricidad fina y al mismo tiempo desarrollen la coordinación óculo-manual.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
18	10:30 – 11:30	Motricidad fina	Mejorar la motricidad fina y al mismo tiempo coordinación óculo-manual	Dinámica: “Cascarones coloridos”	Cascarones de huevo vacíos, confeti, pegamento y pinturas
	Dinámica: “decora tu dibujo”			Todo tipo de material	

Sesión 19.

Al ser la penúltima sesión, el objetivo es que los participantes propongan ejercicios de acuerdo a lo que se ha visto a lo largo del taller, por lo que deberán evocar información respecto a qué dinámicas hacer, así como poner sus propias reglas a seguir, organizarse y realizar el ejercicio, para observar cómo han ido evolucionando en cuanto a psicomotricidad, tolerancia a la frustración, manejo de impulsos, atención, imitación, que es lo que interesa en este taller.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Que los participantes hagan una integración de las actividades vistas a lo largo del taller y ellos tomen la iniciativa de llevar a cabo las que hayan sido más significativas.

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
19	10:30 – 12:30	Integración de actividades	Que los participantes de acuerdo a las actividades realizadas propongan las que se realizaran en esta sesión	Dinámicas abiertas	Abierto

Sesión 20.

Esta será la última sesión del taller, por lo que el objetivo es que los participantes expresen aspectos positivos, negativos y su experiencia del mismo, mediante la dinámica “Mirada retrospectiva” en la que por medio de caritas en paletas de cartón expresaran lo mencionado arriba a modo de evaluación del taller.

En seguida con la dinámica “Espacio catártico” cada participante pasara a expresar cómo llego, como se sintió durante el taller y cómo se va; es decir qué aprendió. Para tener conocimiento como facilitado; de acuerdo a la perspectiva de cada participante respecto a su evolución psicomotriz.

Finalmente el cierre del taller será con un convivio con ambos grupos participantes, con galletas, café y dulces.

Carta descriptiva

Diseño de taller “Educación psicomotriz”

Coordinador: Julieta García

Modalidad: Taller

Horario: 10:30 a 12:30

Lunes, miércoles y viernes

Duración: 40 hrs/20 sesiones

Dirigido a: Dormitorio 2 y 3

Lugar: Visita familiar

Objetivo general: Cierre del taller

Sesión	Hora	Tema	Objetivos	Actividad	Material
20	10:30 – 11:15	Cierre de taller	Que los participantes expresen los aspectos positivos y negativos de su experiencia	Dinámica de cierre: “Mirada retrospectiva”	Paletas con caritas de cartón
	11:20 – 12:10		Permitir que cada participante exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupal e individualmente	Dinámica: “Espacio catártico”	Tres sillas
	12:15 – 12:30		Convivio	Ofrecer galletas, café y dulces	Desechables, café, galletas y bolsitas con duces

Capítulo 4: Conclusión

Las dinámicas que aquí se presentan van de acuerdo a lo investigado sobre psicomotricidad y sobre lo que la misma indica que se debe estimular en las personas con enfermedad mental, de la mano con el modelo cognitivo-conductual.

Ya que es una disciplina que aborda al sujeto de forma integral, se deben tomar en cuenta, como lo menciona Wallon, (1991) relacionar el movimiento con lo afectivo, lo emocional, el medio ambiente y los hábitos del sujeto, de esta manera tomando en cuenta lo que se trabajará en las dinámicas, el conocimiento, la conciencia y el desarrollo general de la personalidad no pueden ser aisladas de las emociones.

Se determina un método de trabajo que es la reeducación psicomotriz por medio de ejercicios para reeducar la actividad tónica (ejercicios de mímica, de actitudes y equilibrio) actividad de relación y el control motor (ejercicios rítmicos, de coordinación, lateralidad, habilidad).

Todo esto llevado a cabo en sujetos que presentan un déficit en su funcionamiento motor vinculado a alteraciones de su afectividad, de su esquema corporal, lateralidad y maduración, y que por lo tanto no manejan eficazmente su cuerpo, lo que ocasiona una serie de problemas en su entorno social.

Por ello el objetivo del taller no sólo se reduce a modificar el fondo tónico (motricidad) e influir en la habilidad, posición y rapidez, sino sobre la organización del sistema corporal, modificando el cuerpo en conjunto con el modo de percibir, de aprender y aprehender las aferencias emocionales que presenta el sujeto. Es decir no sólo la rehabilitación puramente motriz, sino el cambio psicomotor funcional.

Por ello es fundamental el conocimiento y control del cuerpo, ya que éste es el puente entre el "yo" y el mundo exterior, la relación entre cada ser y lo externo se materializa en base a manifestaciones motrices y esa realidad exterior empieza a conocerse a través de sus sensaciones y percepciones.

Existen una serie de conceptos abstractos a los que cuando se es niño se tiene acceso sólo por medio de una experiencia real que le ayuda a comprenderlos. Por ejemplo, los conceptos de arriba-abajo, delante-atrás, izquierda-derecha, la captación de los volúmenes, formas, planos, direcciones etc. Son fácilmente asimilados cuando son vivenciados a través del “trabajo corporal individual y colectivo en un espacio común”. Tomando como referencia su propio cuerpo, empieza a tener sentido para el niño una serie de palabras que antes carecían en él.

Por ello la actividad lúdica se dividirá en una porción de juego libre y en otra de juego orientado y dirigido, donde transcurrirá lo esencial de las dinámicas del taller, en las que durante su realización se les estimulará a los sujetos de forma verbal, animándoles a mejorar su desarrollo ya que entre las características del modelo cognitivo-conductual es que tiene una orientación al presente, y se cerrará cada dinámica con una breve retroalimentación de lo que se aprendió en la sesión, con la finalidad de generar cambios en el presente a favor de la mejora del sujeto.

Si la cognición es la vinculación del pensamiento y la conducta, y de acuerdo a lo investigado, se sabe que son inherentes al ser humano y tenemos que el conductismo acepta que el aprendizaje de la conducta no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de *significados personales*, esquemas cognitivos o reglas, tenemos en las dinámicas las suficientes herramientas que brindarles a los internos de CEVAREPSI para su mejora psicomotriz y entorno social.

En los supuestos teóricos encontramos que, la conducta se explica a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas (memoria, atención y percepción), considera al individuo como un ser activo que procesa, selecciona, codifica, transforma y recupera información proveniente del exterior. La conducta “normal y anormal” se rigen por los mismos principios, se aprenden y modifican de la misma manera, el objetivo de la intervención es la modificación de conductas desadaptadas y se enfoca en el aquí y ahora, poniendo énfasis en los determinantes actuales de la conducta.

El cognitivo-conductual, se encarga de variables cognitivas, motoras, fisiológicas y ambientales. Su objetivo en la clínica es el conocimiento de los procesos cognitivos que

median la conducta; se pretende describir, predecir, explicar y controlar el comportamiento del sujeto.

Ahora bien el presente trabajo; como se mencionó anteriormente, se sustentará en algunos supuestos del modelo cognitivo-conductual así como en la educación psicomotriz, que es una técnica educativa, reeducativa y terapéutica.

El desarrollo cognitivo se centra en los procesos de pensamiento, los cuales son producidos como consecuencia de una interacción con el entorno. Del entorno que nos rodea recibimos continuamente información, como aquella que nos pueden proporcionar los objetos con los que interactuamos en la vida diaria.

Según Piaget la base del conocimiento está en la acción intelectual ya que se aprende a través del propio cuerpo a través de acciones del movimiento y manipulación, por lo tanto el desarrollo psicomotor y en definitiva la evolución de la psicomotricidad van a constituir la base de las experiencias del medio.

Con éste trabajo se pretende que cambie el concepto que se tiene sobre las personas con enfermedad mental, de primera instancia que los familiares que se encargan de su “cuidado” tengan; al igual que el interno las herramientas suficientes para poder ayudar al fortalecimiento de sus habilidades y una mejor calidad de vida tanto en el centro de rehabilitación como en sus hogares en caso de lograr la externación.

Que ya no se tenga la falsa idea de que una persona que padece de una enfermedad mental es a causa de un mal diabólico, magia o cuestiones mitológicas, y que sólo privándole de su libertad, con malos tratos o en el peor de los casos siendo abandonados por sus familiares en las calles es la única o mejor solución. En pocas palabras lograr borrar el estigma que se tiene de esta población vulnerable.

Finalmente me atrevo a decir que lograr “borrar el estigma” sobre lo que se piensa de los enfermos mentales sigue siendo una labor titánica, dado que la forma en que uno como Psicólogo concibe la causa de su enfermedad dista del constructo social.

Por otra parte es cierto que al comenzar con el trabajo de investigación, no es fácil poner en claro cada una de las ideas que se desea plasmar, se tienen que ir puliendo hasta llegar al objetivo específico de dicho trabajo.

Como profesionistas tenemos la obligación de realizar trabajos de calidad, tanto de forma como de fondo, es decir que sean trabajos con una buena presentación e información.

Por ello a lo largo del trabajo el objetivo era lograr buenos resultados, pero también debía tener en cuenta que los errores forman parte de la realización del trabajo y que en algún momento son obstáculos que desaniman en el proceso, pero que deben sortearse aceptando las críticas, comentarios y/o sugerencias para cumplir con la misión de un trabajo de calidad.

A lo largo de la investigación uno de los obstáculos a los que me enfrenté, fue la poca información sobre el tema específicamente de los delincuentes con enfermedad mental en los hospitales psiquiátricos que cometieron un delito, cuál fue su situación antes de decidir trasladarlos a la cárcel, cuáles eran las medidas y tratamientos para este tipo de población.

Incluso acerca de cuál es su tratamiento en la actualidad, me encontré con escasa información en revistas y artículos, pero mayor información proporcionada por parte de los psicólogos y psicólogas del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.

Respecto a las personas con enfermedad mental y a lo estudiado como universitaria en materias como Teoría general y especial de la neurosis y psicosis, encontré que aún existe un fuerte estigma acerca de lo peligrosas que pueden ser personas con enfermedad mental, que es una cuestión mágica o maligna, como se creía en siglos pasados.

Al finalizar el trabajo, me doy cuenta que haría falta agregar más dinámicas así como aumentar la duración de las sesiones para lograr un mejor resultado, si bien es una propuesta de taller, es importante su aplicación ya que en los últimos años ha reducido la aplicación de talleres que abarquen al ser como una persona bio-psico-social.

Es importante que como psicólogos hagamos llegar información acerca de este tipo de población a la sociedad para que hagan consciencia de que deben y merecen un trato digno y calidad de vida, independientemente de su condición de enfermedad, no dejan de ser personas.

Al finalizar el presente trabajo y haciendo un examen de conciencia como profesionalista das cuenta de tus fortalezas o al menos te vuelves más reflexivo al respecto, en lo personal ser una persona perseverante, meticulosa y hasta necia me ha servido para alcanzar mis objetivos. Si bien estos aspectos positivos ayudan a salir adelante, está la otra cara de la moneda, las debilidades, las cuales en ciertos momentos te hacen dudar de lo que estás haciendo y hacía donde vas, en mi caso no ser tan persuasiva y despistada no son nada favorecedores cuando buscas alcanzar una meta.

Unido a esto tomo como ejemplo el hecho de trabajar con niños en un Club de Tareas, cabe resaltar que algunos estudian en escuela pública y como sabemos la educación pública no es del todo de calidad además que ha sido difícil convencer a los padres que los niños deben ser educados primero en casa, es decir, enseñarles buenos modales y hábitos, así como pasar tiempo de calidad con ellos para ayudar a fortalecer su autoestima, para cuando llegue el momento de llevarlos a la escuela u otro ambiente ajeno al de casa, no se presenten con el problema de muchos niños, que propias palabras de los padres “son groseros y no ponen atención y van mal en la escuela”.

En mi experiencia con estas situaciones cuando los padres llevan a sus hijos, me comentan que son “flojos para la escuela y para hacer la tarea, que ni a ellos les hacen caso para hacerla” entonces al llevarlos conmigo; al ser una persona ajena a su familia piensan que “haré milagros” para modificar su conducta, si bien cuento con las herramientas para llevarlo a cabo, sin la colaboración de ambas partes, padres-hijos y psicóloga y compromiso es complicado sacar adelante al niño.

Por ello como psicóloga es mi deber y parte de mi ética hablarles con la verdad sobre la situación de sus hijos y como la conducta de los padres los afecta, esto sólo se le dice exclusivamente a los padres, ya que lo que se busca es mejorar la autoestima de los niños y a su vez y como consecuencia optimizar que realicen tareas escolares.

Encuentro en todo ello que mi responsabilidad social es en primera instancia informar a los padres sobre cómo se conducen los hijos de acuerdo a lo que se les enseña directa e indirectamente en el hogar, que se den cuenta que es un trabajo en equipo para así establecer un objetivo específico partiendo de una evaluación.

En segunda instancia, en lo que a educación pública se refiere, me he enfrentado a casos en los que los niños no cuentan con el conocimiento básico e indispensable de acuerdo a su edad, que se puede deber a varios factores; emocionales, familiares, técnicas de enseñanza, por mencionar algunos. Por lo que es importante brindarles herramientas para potencializar sus habilidades, esto sin dar las respuestas, sino haciendo preguntas correctas para que encuentren sus propias respuestas y de esta manera fortaleces su confianza para la resolución de futuras tareas.

Todo ello haciéndolo de forma individual, ya que todos aprendemos a ritmos y de formas diferentes, para lograr el y/o los objetivos planteados.

Referencias

Bibliografía

Álvarez, E. 2008. “Derechos humanos y sistema penitenciario en el Distrito Federal”, Defensor, 7 (7), 6-9.

Basaglia, F. 2004. “Razón, Locura y Sociedad”. México: Siglo XXI Editores.

Calderón, G. 2002. “Las enfermedades mentales en México. De los mexicas hasta el fin del milenio” México: Trillas.

Cárdenas, A. 2008. “Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos” (3ª. Ed.) Bogotá: Medica panamericana.

CIE – 10 “Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. Trastornos mentales y del comportamiento” 2004.

Diferencias entre locura y psicosis [Diapositiva de Power Point]. Clase 17. López, B. México, D.F.

DSM – IV “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” 2002. Barcelona, España: Masón.

Enguidanos, M. J. 2004. “Expresión corporal: el cuerpo como elemento fundamental de expresión”. España. Ideas propias Editorial.

Galimberti, U. 2006. “Diccionario de Psicología” México, Siglo XXI Editores.

García, J y Fernández, F. 2002. “Juego y Psicomotricidad”. (3ª Ed.) Madrid: CEPE.

García, S. 2003. “Locura” y delito. Los inimputables. México.

Garcidorasco, A. 2009. "Construcción y destrucción del sistema progresivo y técnico de las instituciones carcelarias". México: Ediciones Delma.

Goffman, E. 2004. "Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales". España: Amorrortu Editores.

Jiménez, J y Alonso, J. 2007. "Manual de psicomotricidad (teoría, exploración, programación y práctica) España. Ed. La tierra hoy.

Jiménez, J y Jiménez, I. 2010. "Psicomotricidad: teoría y programación" (4ª Ed.) España: Wolters Kluwer

Kaplan, B. 2009 "Psicomotricidad, el cuerpo en juego: hacer, sentir, pensar". Ed. Novedades educativas. Argentina.

Levin, E 1991. "La clínica psicomotriz, el cuerpo en el lenguaje" Buenos Aires: Nueva visión.

Lombroso, G. 2009. "Vida de Lombroso" INACIPE. Ed: Panoptes.

Loudet, O. 1965. "Qué es locura". Argentina, Buenos Aires: Columbia.

Marchiori, H. 1990. "Personalidad del delincuente". México: Porrúa.

Melossi, D y Pavarini, M. 2005. "Cárcel y fábrica los orígenes del sistema penitenciario" (5ª. Ed.) México: Siglo XXI Editores.

Nieto, E. 1995. "El niño disléxico" México. Ed. Manual Moderno.

Sarason, I, Sarason, B. 2006. "Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada" (7ª. Ed.) México: Pearson Educación.

Sasson, M. 2003. "Cuerpo, tiempo y espacio: principios básicos de psicomotricidad" (1ª Ed.) Buenos Aires: Satadium.

Schinca, M. 2003 "Manual de psicomotricidad, ritmo y expresión corporal" Ed. Praxis. Barcelona.

Silva, H. 1995. "Medicina legal y psiquiatría forense" Tomo II. Santiago de Chile: Alfabetá.

Mesografía

LEE jong-wook. (2006, Diciembre) “Programa de la salud mental en las mujeres y los hombre mexicanos”. Instituto Nacional de las Mujeres [En línea] Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf[2011, 7 de Septiembre].

Cotan, J. “Juegos para desarrollar la psicomotricidad”. Recuperado el (2012, 15 de marzo).
http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=55&Itemid=17.

Gómez, M. 2007. “Manual de Técnicas y Dinámicas”. [En línea] Villahermosa Tabasco. Disponible en: <http://www.fomix.ujat.mx/Manual%20de%20Tecnicas%20y%20Dinamicas.pdf> [2012, 15 de marzo].

Saldaña, J. 2000. “Derechos del enfermo mental”. [En línea] México: Formación Gráfica. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/60/tc.pdf>[2011, 27 de Octubre].

Anexos

Formato de entrevista filtro.

CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL			
Nombre:		Fecha:	
		Diagnóstico:	
Edad:		Dormitorio:	
Adicciones:		Número de ingresos:	
		Actividades:	
Participación en talleres, actividades culturales, escuela			
Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
¿Cuáles?:		¿Por qué?	
Descripción de conducta			
Crisis <input type="checkbox"/>	Extravagancias <input type="checkbox"/>	Agresividad <input type="checkbox"/>	Comunicación <input type="checkbox"/>
Observaciones:			

Evaluación funcional	
Seguimiento de instrucciones:	Capacidad verbal:
Atención:	Atención espacio-temporal:
Evaluación psicomotriz	
Motricidad fina	Motricidad gruesa
Conclusión	

Recursos y material didáctico

- Cubículo
- Formato de entrevista
- Salón amplio
- Sillas, mesas
- Pelotas pequeñas y grandes
- Cubos
- Cintas de 5,00 metros
- Semillas
- Tubos, popotes y botes de colores
- Papel crepé de colores
- Papel periódico, engrudo, recipientes
- Pliegos de papel bond
- Pinturas
- Papel de china
- Pinceles
- 2 campanitas
- Oso de peluche
- Cocodrilo de peluche
- Cuerdas para saltar
- Crayones gruesos y delgados
- Hojas de papel
- Cascarones de huevo vacíos
- Confeti

- Botones
- Cordón
- Bola de estambre
- Tapete de Twister

Anexos

Sesión 1

Presentación

El coordinador dirá lo siguiente:

“Buen día a todos, bienvenidos al taller “Educación psicomotriz”, antes de dar la explicación de lo que tratará el taller, me gustaría que nos presentáramos todos. Así que comenzaré, soy la psicóloga Julieta García, seré su coordinadora durante el taller, (la coordinadora mencionara algunos de sus gustos con la finalidad de hacer sentir en confianza a los participantes) me gusta ir a correr, pero me gustan más las carreras, me gusta ver películas cómicas, disfruto mucho comer pasteles y anteriormente ya había estado aquí en CEVAREPSI y he regresado porque me interesa mucho ayudarlos y que estén activos y a gusto en lo que dura mi estancia con ustedes si así me lo permiten”.

A continuación se pone en acción la 1er dinámica.

La telaraña

Procedimiento de aplicación

Material:

- Una bola de estambre
- El coordinador da la indicación de que todos los participantes se coloquen de pie, formando un círculo.
- El coordinador le entrega a uno de ellos la bola de estambre y este tiene que decir su nombre, actividades que le gustan, interés de su participación, expectativas sobre el taller.
- El que tiene la bola de estambre toma la punta del mismo y lanza la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera, tomando el hilo, lanza la bola a otra persona del círculo.
- La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña.
- Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresársela a aquel que se la envió, repitiendo los datos de esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzó.

Recomendación:

El facilitador debe advertir a los participantes la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir los datos del lanzador. Debe preocuparse porque las instrucciones sean bien comprendidas por los participantes.

Exposición del taller

Una vez que se realizó la dinámica de presentación tanto del coordinador como de los participantes para romper la tensión, comenzará la exposición del taller.

Introducción

El objetivo de la presentación del taller es que los participantes identifiquen los aspectos generales del mismo, así como la forma en la que se trabajarán las dinámicas y las reglas que deben tomarse en cuenta a la hora de trabajar en equipo.

Reglas

1. Llegar a tiempo
2. No comer durante la dinámica
3. Respetar a los compañeros y al coordinador
4. No decir groserías ni golpearse
5. Seguir las reglas de la dinámica
6. Esforzarse para hacer el ejercicio lo mejor posible.

En ocasiones se trabajará en equipo o en parejas, por lo cual se pide lo hagan con respeto

Psicomotricidad

En este taller hablaremos y trabajaremos la psicomotricidad, por lo que necesitamos saber qué es.

Así que lo explicaré de forma sencilla para que todos lo entiendan, tenemos entonces que la psicomotricidad es una disciplina en la que se trabajan aspectos emocionales, motrices (de movimiento) y cognitivos (es decir lo referente al conocimiento) y la manera cómo influye el movimiento en la organización psicológica de las personas, es decir en su personalidad, su forma de ser.

La actividad psicomotriz nos ayuda en el desarrollo, físico y psicológico permitiendo que las conductas motrices; es decir de movimiento sean más precisas y se diversifiquen, todo esto lo lograremos a partir del cuerpo.

Se les preguntará si hasta aquí tienen dudas, para aclararlas.

Dentro de la psicomotricidad encontramos dos tipos de motricidad, fina y gruesa.

- La motricidad gruesa, se refiere al control de movimientos musculares generales del cuerpo, aquellos realizados con la totalidad del cuerpo, coordinando, desplazamientos y movimiento de diferentes extremidades, equilibrio y todos los sentidos. Como caminar, correr, saltar, lanzar objetos. (Hacer ejemplos moviendo el cuerpo, para que les quede más claro a los participantes).
- La motricidad fina tiene relación con la habilidad motriz de las manos y los dedos, tales como, coger, recortar, vestirse, afeitarse, pintar, tocar instrumentos musicales. (Hacer ejemplos moviendo el cuerpo, para que quede más claro a los participantes).

En este momento se les pregunta a los participantes si han entendido el tema. Si hay dudas se aclaran, si no las hay se les pide que den una explicación según la hayan entendido y que den ejemplos.

Toda esta información la trabajaremos con dinámicas durante el taller y cada una tendrá una breve explicación para que les quede más claro de que se trata la psicomotricidad, se trabajará en equipo, por parejas y de forma individual. Aquí se les proporcionara el material para trabajar.

A continuación se realizará la dinámica “Caritas”

Caritas

Procedimiento de aplicación

Material:

- Paletas de cartón con caritas (feliz y triste)

El coordinador le preguntara a los participantes si les gusto el taller.

a) Aquellos que levanten la carita triste les preguntara el motivo por el cuál no les gusto o la duda que tengan al respecto, así el coordinador deberá resolver la duda.

b) De igual forma aquellos que levanten la carita feliz deberán decir que les gusto o si tienen algo que aportar al taller.

Recomendación:

Es importante que la explicación sea lo más clara y sencilla.

Sesión 2.

Figura human

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pliego de papel bond y plumones

El coordinador deberá formar mediante una dinámica parejas, por lo que se deberán formar 4 parejas.

- a) Dinámica de colores, se les repartirá a cada participante un color, de esta forma los que tengan el mismo color deberán hacer pareja.
- b) Una vez formadas las parejas, sobre el papel bond deberán dibujar una figura humana, para ello uno de los dos deberá acostarse sobre el papel para que el compañero dibuje su silueta.
- c) Una vez hecha la silueta, entre los dos deberán señalar las partes del cuerpo (manos, piernas, cabeza).
- d) Una vez que hayan terminado tendrán que exponer que partes del cuerpo señalaron y deberán decir si es la derecha o la izquierda.

Una pierna, una mano

Procedimiento de aplicación

Material:

- Música

a) De pie, se practicará la lateralidad para que se vayan familiarizando, haciendo ejercicios con las extremidades.

b) A continuación, se les pedirá a los participantes que se acuesten en el piso, mientras escuchan música de fondo.

c) Se les ira diciendo que deben mover ya sea la mano o el pie derecho o izquierdo, o ambos hacia arriba, a los lados, en círculo o abriendo y cerrando.

Recomendación:

Que la música al inicio se tranquila y conforme avanza la actividad la música sea más rítmica.

Pera-manzana

Procedimiento de aplicación

Material:

- Frutas de fomi

- a) Se repartirán las frutas de fomi una manzana y una pera
- b) Las deberán colocar en sus manos la manzana en la mano derecha y en la izquierda la pera
- c) Cuando el coordinador diga “pera” los participantes deberán llevarse a la boca la mano izquierda con la fruta
- d) Cuando diga “manzana” deberán llevarse la mano derecha a la boca con la fruta.

Recomendaciones:

Hacerlo cada vez más rápido y hacer varias repeticiones.

Pelota – pie

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas
-
- a) Cada participante tendrá una pelota y se les dejará jugar libremente unos minutos para que se familiaricen con la misma.
 - b) A continuación formaran dos filas y deberán conducir con el pie derecho la pelota al otro lado del salón, tratando de que no se les escape.
 - c) Así pasaran todos y se irán cambiando los ejercicios, después será con el pie izquierdo.
 - d) Para hacerlo más complejo se pondrán botes de colores como obstáculos para que vayan librándolos al tiempo de que controlan la pelota con el pie.

Recomendaciones.

Hacerlo cada vez más rápido y trazando un camino recto o con curvas.

Cojito

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

- a) Manteniendo la formación de la actividad anterior, dos filas
- b) Irán saltando de cojito, es decir sobre un solo pie a lo otro lado del salón, primero sobre el pie derecho y después con el izquierdo.
- c) Con las marcas en el piso de la actividad anterior se irán guiando y así también con los botes como obstáculos.

Recomendaciones:

Hacerlo cada vez más rápido y repetirlo varias veces.

Sesión 3

El motor

Procedimiento de aplicación

Material:

- Música

a) Los participantes deberán acostarse en el suelo y a la indicación del coordinador, comenzarán a mover los brazos arriba y abajo a los lados, al igual que las extremidades inferiores, de diversas formas posibles.

El mundo al revés

Objetivos:

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Los participantes se mueven libremente por el espacio señalado, entonces el coordinador indicará una consigna cualquiera: ¡nos tocamos las piernas! los participantes tendrán que hacer cualquier cosa que se les ocurra menos tocarse las piernas. Se van dando diversas órdenes y los discentes nunca las realizarán, inventarán otras.

El robot sin pilas

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Todos los participantes son robots que se van desplazando lentamente en distintas direcciones. Al principio todos tienen pilas nuevas, pero lentamente se van agotando.

b) El coordinador les irá diciendo que las pilas se van gastando, por ejemplo: ¡se están agotando las pilas de los brazos!, luego se indicarán otros segmentos hasta que el robot caiga totalmente al suelo.

c) Posteriormente el coordinador podrá recargar las pilas de los participantes. Se puede hacer en parejas, algún participante puede ir dando las indicaciones.

Los sanfermines

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Algún participante hace las veces de toro y tratará de capturar a los demás que son los mozos, estos para salvarse se pueden pegarse a las paredes del salón. Si alguno es cogido pasará a ser toro y así sucesivamente.

Sesión 4

Botones

Procedimiento de aplicación

Material:

- Botones de colores y cordón
 - a) El coordinador pondrá botones de diferentes tipos al centro de la mesa y repartirá cordón a los participantes.
 - b) Los participantes deberán insertar el cordón en los orificios de los botones, podrán hacer pulseras o cualquier cosa que se les ocurra.

Frijoles

Procedimiento de aplicación

Material:

- Frijoles, pegamento, hojas con dibujos

- a) El coordinador repartirá hojas con dibujos y pondrá frijoles y pegamento al centro de la mesa, para que los participantes tomen los necesarios.
- b) Los participantes deberán ir pegando los frijoles en el contorno del dibujo.

Sesión 5

Bota pelota

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

a) El coordinador repartirá pelotas a los participantes y los dejará botarla libremente por el salón.

b) Después el coordinador les indicará que deben botar la pelota hacia un lado del salón y después al otro.

c) Deberán botar la pelota en la pared y tratar de atraparla intentado que no toque el suelo, a continuación realizarán el mismo ejercicio pero dejando que de un bote en el suelo la pelota.

Cacha pelota

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

a) A la indicación del coordinador los participantes deberán lanzar la pelota hacia adelante deberán correr por ella, después lo harán pero hacia atrás.

b) Los participantes deberán lanzar la pelota hacia adelante y correr a cazarla pero esta vez dejando que de un bote en el suelo.

Guiar la pelota

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

a) El coordinador trazará una línea en el suelo de manera recta para que los participantes se guíen con ella.

b) Deberán botar la pelota sobre la línea en el suelo de ida y vuelta varias veces, después la marca en el piso será en forma de zigzag y el participante hará lo mismo que en la actividad anterior.

c) Esta vez la marca en el suelo será de con formas curvas y harán lo mismo que han estado haciendo.

Pelotas con ritmo

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas
- a) En parejas los participantes se pasarán la pelota de manera que de un bote en el suelo antes de cazarla, se hará varias veces, después se hará de la misma manera pero evitando que caiga.
- b) Por último se la pasaran rodando por el suelo con una distancia prudente.

Sesión 6

Bailando con ritmo

Procedimiento de aplicación

Material:

- Música

a) Los participantes caminarán libremente por el salón al ritmo de la canción, a continuación el coordinador dirá a los participantes que caminen dando paso cortos, luego largos, de lado, de espaldas, hacia adelante, así, buscando todas las formas posibles de caminar.

b) En pareja, uno de los participantes se cubrirá los ojos y el otro lo irá guiando evitando que choque con alguien, esto lo harán al ritmo de la música.

c) Se dejará bailar libremente a los participantes, el coordinador irá parando la música y los participantes deberán quedarse estáticos, hasta que la música comience nuevamente.

Pelota pie

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas
- a) Se dejará a los participantes que libremente con la pelota por un momento.
 - b) A continuación los participantes deberán desplazarse por el salón pateando/guiando la pelota con el pie derecho primero, después con el pie izquierdo, lo hará lentamente.
 - c) Después, lo harán con mayor velocidad

Guiar la pelota

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

a) Los participantes guiarán la pelota sobre la marca en el suelo, dando golpes suaves con el pie derecho para avanzar intentando que no salga de la marca.

b) Después el camino se irá complicando en forma de zigzag y con curvas haciendo los mismo movimientos que el ejercicio anterior.

Pelotas con ritmo

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

c) En parejas los participantes se pasarán la pelota de manera que de un bote en el suelo antes de cazarla, se hará varias veces, después se hará de la misma manera pero evitando que caiga.

d) Por último se la pasaran rodando por el suelo con una distancia prudente.

Sesión 7

Muéstrame-

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja guía de movimientos con las manos
- a) El participante tendrá que hacer con las manos los movimientos que se le vayan indicando, es decir, el coordinador primero lo hará con sus manos y el participante deberá imitarlo, esto servirá de ejemplo.
- b) Es decir, si el coordinador dice: “mano derecha en la mesa” y la pone en la mesa, si el coordinador dice: “mano izquierda en la nariz” y se lleva la mano a la nariz.
- c) A continuación el coordinador sólo irá diciendo los movimientos que debe realizar el participante.

Entrelazar las manos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja guía
-
- a) El coordinador pone sus manos entrelazando los dedos de modo que el pulgar de la mano derecha quede por encima del de la mano izquierda. Se le dice ¿Puede hacer esto usted también?

 - b) Si duda se le dice “A ver cómo lo hace” y se le alaba si tiene éxito.

 - c) A continuación se le pide que gire los pulgares uno entorno al otro.

 - d) Se repite varias veces la actividad, hasta que lo haga sin dificultad.

Cruzar los pies

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) El coordinador coloca la silla de modo que quede totalmente a la vista del sujeto y ambos se sientan, el coordinador cruzará los pies a la altura de los tobillos, poniendo el derecho sobre el izquierdo, se le pedirá al participante que haga lo mismo.

b) Se hará varias veces la acción hasta que el participante lo haga sin dificultad.

La nave espacial

Procedimiento de aplicación

Material:

- Tubos de cartón
- Popotes

a) Los participantes forman parejas, uno de ellos toma el tubo de cartón y el otro un popote, se sientan de frente a frente, uno de los agujeros del cilindro debe estar frente a la pareja.

b) El coordinador explica que el tubo de cartón es una nave espacial que ha perdido el control y el popote tiene que detenerla, para lo cual es necesario introducir éste último en el cilindro.

c) Cuando se dé la indicación se comienza a mover la nave y el otro participante intenta meter el popote en el tubo. Una vez que lo logra, vuelve a iniciar el juego y cambiarán de roles.

d) Después intentaran controlar la nave pero solo siguiéndola con los ojos sin mover la cabeza. Repetirlo varias veces.

Sesión 8

Construcción de cubos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja guía

a) El coordinador le dará 10 cubos al participante, después e base a la hoja guía se le hará una figura de muestra de cómo será la actividad y él tendrá que reproducirla.

b) La dificultad de las figuras aumentara paulatinamente.

El pato

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja con dibujo de pato
- Papel crepe
- Pegamento

a) Se les repartirán las hojas con el dibujo, papel crepe de colores y pegamento.

b) Los participantes deberán decorarlo de la forma que ellos gusten.

Sesión 9

Rodilla con rodilla

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Se formarán parejas, estarán paseando por el salón, a la voz del coordinador ¡rodilla con rodilla! Deberán responder adecuadamente a la consigna y tendrán que poner en contacto sus rodillas durante al menos 5 segundos.

b) Una vez realizada esta acción seguirán paseando hasta otra nueva consigna.

Imitando al rey

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno
-
- a) El rey, se sitúa frente a sus compañeros, va realizando posturas que requieren cierto equilibrio.

 - b) Los participantes deberán imitarle y permanecer en posición estática hasta que lo diga el rey.

 - c) Todos los participantes deben desempeñar, rotativamente el rol de rey.

Pelota al cesto

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas pequeñas
- Canasta
- Campanita

a) El coordinador coloca la canasta en el centro del salón y cada participante toma una pelota.

b) Los participantes se mueven con la pelota por todo el salón y al escuchar la campanita, la lanzan a la canasta.

c) Se combinarán las formas para lanzarla, con las dos manos, con una, con la cabeza, botándola, etc.

Las estatuas

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

- a) Varios participante son designados para intentar tocar al resto, conforme van tocando se convierten en estatuas, estas son liberadas, si un compañero que no es estatua, los toca en la parte del cuerpo del compañero que el coordinador haya indicado.
- b) Puede ser el hombro, espalda, brazos, piernas, etc.
- c) Puede tener variantes como mover los brazos o pies para ser liberados.

Sesión 10

Los animales

Procedimiento de aplicación

Material:

- Láminas con dibujos de animales
- Música

a) El coordinador enseña a los participantes un dibujo o ilustración de un gato, mientras cantan lo siguiente:

“Los gatitos, los gatitos
hacen miau, hacen miau
y todos los niños
como gatitos hacen miau, miau”

b) El coordinador muestra un animal diferente cada vez los participantes cantan la misma canción, haciendo el sonido correspondiente: Perro-guau, vaca-muu., etc.

c) A continuación los participantes deberán imitar le movimiento del animal.

Has movido la mano

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno
-
- a) Un participante se sitúa frente a otro, a una distancia de un metro, uno de ellos debe realizar un movimiento rápido con una parte de su cuerpo y el otro debe decir la parte que ha movido.

 - b) Si los participantes no se dan cuenta del movimiento, se deberán hacer más exagerados para que los otros los vean.

 - c) Se deben invertir los papeles.

El copión

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Uno de los participantes realiza diferentes movimientos y desplazamientos, el otro debe imitarlo.

b) Pasado un tiempo se intercambian los papeles.

c) El que imita, observa un tiempo estimado por el coordinador, los movimientos del compañero y después debe intentar realizarlos, usando para ello la memoria.

Papelitos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Papeles con dibujos de personajes (Mago, bruja, bailarín, torero, futbolista, porrista, carpintero, bombero, policía, doctor, vaquero, dentista, maestro, pintor, fotógrafo, etc...)

a) En una bolsa se pondrán todos los papelitos con los dibujos de los personajes y se revolverán.

b) A continuación cada participante pasará a tomar un papel y se enseñarlo a los demás, deberá hacer la representación del personaje sólo con mímica.

c) El participante que adivine el personaje, será el siguiente en pasar.

Sesión 11

Jugar a la pelota (parejas)

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas grandes

a) En parejas, los participantes jugarán un tiempo con la pelota.

b) A la indicación del coordinador, los participantes se pondrán de frente a una distancia moderada y comenzarán a lanzarse la pelota con la manos, después de un tiempo se separarán más, hasta donde lo indiquen el coordinador.

c) Después de un tiempo, comenzará a pasarse la pelota con los pies, y sucederá lo mismo que se mencionó en el inciso a.

Recorrido con obstáculos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Botes de colores
 - Marca en el piso
- a) Se colocaran botes de colores en el salón en hilera, en zigzag y al final de los botes una marca en piso.
- b) Los participantes deberán esquivar los botes y seguir la marca en el piso.
- c) Lo deberán hacer caminando, saltando, en cuclillas, gateando.

Caminando de lado y hacia atrás

Procedimiento de aplicación

Material:

- Música
- a) Los participantes andarán por todo el salón escuchando la música.
 - b) A la indicación del coordinador, deberán caminar de lado, ya sea a su derecha o izquierda, después caminarán hacia atrás, tratando de no chocar con sus compañeros.
 - c) Así el coordinador deberá ir dando las indicaciones de los cambios al caminar.

Sesión 12

Mi pelota

Procedimiento de aplicación

Material:

- Globos
- Papel periódico
- Recipientes
- Engrudo

- a) El coordinador repartirá globos a los participantes, pondrá el papel cortado en trozos medianos y el engrudo en el centro de la mesa.
- b) Los participantes deberán tomar el papel y ponerle engrudo e ir pegándolo al redor del globo.
- c) Así hasta que quede bien cubierto, lo dejarán secar por un par de días, para trabajar con el posteriormente.

La pelota y gira

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

a) Se les dará una pelota a cada participante y deberán lanzar la pelota hacia arriba e ir caminando al otro lado del salón, ida y vuelta sin perder de vista la pelota para que no se caiga.

b) Después lo harán pero dando un giro, cachan la pelota, la lanzan de nuevo y giran, así hasta llegar al otro lado del salón, después lo harán tocando el piso, dando un salto, acostándose etc.

c) Permitir a los participantes que propongan nuevas formas para avanzar con la pelota.

Sesión 13

Has movido la mano

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

d) Un participante se sitúa frente a otro, a una distancia de un metro, uno de ellos debe realizar un movimiento rápido con una parte de su cuerpo y el otro debe decir la parte que ha movido.

e) Si los participantes no se dan cuenta del movimiento, se deberán hacer más exagerados para que los otros los vean.

f) Se deben invertir los papeles.

Oreja por nariz

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Un participante inicia el juego, mira a otro participante y hace dos cosas: primero nombra una parte del cuerpo que puede ser o no la misma a que nombra.

b) Si el participante se toca la nariz, el otro compañero contesta ¡bien! Y continúa el juego.

c) Sin embargo si se toca una parte diferente de la que nombró (por ejemplo la oreja) el otro compañero debe contestar ¡mal!

d) Para que el juego tenga emoción hay que hacerlo en forma rápida, incluso se puede decir izquierda o derecha.

Canción de las manos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Los participantes deberán realizar los gestos que indica la canción, con la guía del coordinador.

b) “Mi mano derecha al frente

Mi mano derecha atrás

Sacudo mi mano derecha

Y la pongo en su lugar

Mi mano izquierda al frente

mi mano izquierda atrás

sacudo mi mano izquierda

y la pongo en su lugar

Mi pie izquierdo al frente

Mi pie izquierdo atrás

Sacudo mi pie izquierdo

y lo deajo en su lugar”

Paquito dice

Procedimiento de aplicación

Material:

- Ninguno

a) Los participantes se colocan de forma dispersa por el salón mirando al coordinador quien va dando las indicaciones a través de “Paquito”

b) Las pautas se llevarán a cabo si se antepone la frase “Paquito dice...” sino, no hay que hacerlo.

c) Las indicaciones serían: levanta la mano que está más cerca de la pizarra tocarse la nariz con otra mano, dar un paso con la pierna más cerca de la puerta

Twister

Procedimiento de aplicación

Material:

- Tapete de Twister
- Reloj Twister

a) Se pondrá el tapete en el piso y se dividirá al grupo en dos equipos.

b) El coordinador girara la manecilla del reloj twister y de acuerdo al color y parte del cuerpo que señale, será como se colocarán los participantes sobre el tapete.

c) Por ej. "Mano derecha, color rojo".

d) Cuando uno de los practicantes caiga se acaba su juego y pasan los siguientes participantes.

Sesión 14

Vamos a mi silla

Procedimiento de aplicación

Material:

- Silla
- Música

a) El guía coloca sillas por todo el salón, al escuchar la música los participantes bailaran y en el silencio correrán sentarse en una silla.

b) El coordinador propone diferentes formas de desplazare

- Gateando, saltando, girando, arrastrándose, caminando de puntitas,
- Hacia atrás adelante, a un lado
- Como rana, como oso, como pato etc.

c) Permitir que los participantes siguieran diferentes formas de desplazarse.

d) Después el coordinador ira quitando sillas (una por una) sin sacar a participantes, es decir que todos los participantes tiene que sentarse aunque sean dos o tres o cuatro en una silla.

Caminito a la dulcería

Procedimiento de aplicación

Material:

- Cintas para marcar el piso
- Y pelotas pequeñas

a) Colocar la marca en el piso mientras los participantes forman una fila. El coordinador explica que el camino lleva a una dulcería y que cada vez que avancen por ese camino y lleguen a su destino, desplazándose de la manera indicada van a obtener un dulce.

b) El escuchar la música comienzan a avanzar por el camino marcado siguiendo las indicaciones del coordinador:

- Caminando, corriendo, saltando en dos pies, de cojito moviendo los brazos, etc.

c) Una vez que llegan a la dulcería toman una pelota y regresan al inicio del camino.

d) El coordinador invita a los participantes a sugerir diferentes formas de desplazarse, de modo que uno de los participantes propone y los demás lo imitan.

Caty

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas pequeñas
- Historia de “Caty”
- Hojas blancas y colores

a) El coordinador pide a los participantes que dibujen en la hoja blanca un gato como ellos quieran.

b) Todos sentados en círculo hablan sobre los gatos: qué sonidos hacen, cómo se mueven, que nombres tienen, después se mueven como si fueran gatos.

c) A continuación el coordinador narra la historia de una gatita llamada Caty y todos actúan el cuento.

“A Caty le gusta acostarse en el piso y mecerse de un lado a otro como si fuera una mecedora, se va de lado a lado hasta apoyar su espalda. Después le gusta estirarse y hacerse muy larga, encogerse volviéndose pequeña y rodar otra vez de lado a lado como mecedora. Le gusta pasear por el jardín y como es una gatita muy traviesa gatea por todo el lugar... busca un juguete o una pelota para perseguirla, lanzarla y jugar con ella mientras gatea después busca un migo y juega con él”

d) El coordinador invita a los participantes a sugerir formas diferentes de moverse mientras esta narrando la historia

Sesión 15

Manitas a la obra

Procedimiento de aplicación

Material:

- Papel bond
- Pinturas de colores
- Música

a) El coordinador coloca el papel bond en el suelo y delimita el espacio para cada niño con una línea vertical.

b) Toman la pintura que más les guste y la ponen en sus manos, cuando comience la música deberán ir pintando en el papel al ritmo de la canción. Es importante recordarles que pueden hacerlo con ambas manos, con una primero, con ambas, sólo con los dedos.

c) El coordinador invita a los participantes a proponer diferentes formas de hacerlo,

El vals del globo

Procedimiento de aplicación

Material:

- Globos de colores
- Plumones

a) Los participantes se sientan en un círculo, toman un globo inflado y plumones. El coordinador explica que el globo va a ser su pareja de baile, razón por la cual tiene que darle un nombre y pintarle rostro.

b) Una vez que han terminado de pintar su globo, se imaginan que están en una fiesta de gala en un palacio y bailan libremente con su pareja, tratando de mantenerlo en el aire, sin que toque el piso. En el silencio, abrazan su globo y quedan congelados como estatuas.

c) Realizar el mismo juego pero en diferentes posiciones, es decir, que los participantes bailan con su globo y lo mantienen en el aire estando sentados, acostados o hincados.

Sesión 16

Pelota-pie

Procedimiento de aplicación

Material:

- Pelotas

e) Cada participante tendrá una pelota y se les dejará jugar libremente unos minutos para que se familiaricen con la misma.

f) A continuación formaran dos filas y deberán conducir con el pie derecho la pelota al otro lado del salón, tratando de que no se les escape.

g) Así pasaran todos y se irán cambiando los ejercicios, después será con el pie izquierdo.

h) Para hacerlo más complejo se pondrán botes de colores como obstáculos para que vayan librándolos al tiempo de que controlan la pelota con el pie.

Recomendaciones.

Hacerlo cada vez más rápido y trazando un camino recto o con curvas.

El oso amistoso

Procedimiento de aplicación

Material:

- Oso de peluche
- Música

a) El coordinador muestra a los participantes un oso de peluche y les explica dónde viven los osos reales, cómo son, de qué tamaño son, que sonidos hacen y les enseñan como mueven.

b) Todos los participantes imitan el movimiento del oso: apoyan los pies y manos en el piso y se desplazan por el salón, emitiendo un gruñido.

c) El coordinador cuenta la historia del oso amistoso y todos actúan:

“Nuestro amigo sale de paseo por el bosque y cuando se encuentra con otro oso, le da mucho gusto y mueve su cola de lado a lado. Como es muy grande, cuando camina, se balancea de un lado a otro, levantando sus patas del piso, a veces camina despacio... a veces corre con mucha rapidez, cuando tiene hambre levanta su nariz para oler la comida, busca comida por todos lados, adelante, atrás, a un lado, al otro... finalmente la encuentra y corre a comer. Como es un oso muy glotón, después de comer le da sueño y se acuesta dormir”.

d) El coordinador invita a los participantes a explorar y a proponer distintos movimientos para ampliar la historia del oso amistoso.

Cocodrilos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Campanita
- Cocodrilo de plástico
- Música

a) El coordinador enseña a los participantes un cocodrilo de plástico y habla sobre su forma, su color, tipo de movimiento, dónde viven y lo invita a participar.

b) Los participantes forman un círculo e imitan el movimiento que realiza el coordinador: en posición bípeda, estira el brazo derecha hacia arriba y flexiona la rodilla izquierda lateralmente, simultáneamente regresa a su lugar brazo derecho y rodilla izquierda y repite el movimiento con brazo izquierdo y rodilla derecha. Alternar varias veces hasta que los niños integren el movimiento.

c) El objetivo es practicar el movimiento cruzado del arrastrarse en posición bípeda. El movimiento buscado es el arrastrarse con patrón cruzado, es decir, que el participante se coloca boca abajo, va a adelantar una mano y un brazo para impulsarse, al mismo tiempo que flexiona lateralmente la rodilla de la pierna contraria y voltea la cabeza hacia el mismo lado, continua haciendo lo mismo, alternando ambos lados del cuerpo para avanzar.

d) El coordinador explica que al escuchar la campanita todos los participantes se convierten en cocodrilos y se mueven por todo el espacio sin chocar con los demás, cuando escuchen de nuevo la campanita, vuelve a ser participantes y caminan.

e) Continúa el mismo juego, la deferencia es que cuando el coordinador dice: “chocan los cocodrilos” los participantes pueden chocar entre sí, y cuando dice: “se alejan los cocodrilos” no se pueden tocar unos a otros.

Sesión 17

Construcción de cubos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja guía
- c) El coordinador le dará 10 cubos al participante, después e base a la hoja guía se le hará una figura de muestra de cómo será la actividad y él tendrá que reproducirla.
- d) La dificultad de las figuras aumentara paulatinamente.

El dinosaurio

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hoja con dibujo de dinosaurio
- Papel crepe
- Pegamento

c) Se les repartirán las hojas con el dibujo, papel crepe de colores y pegamento

d) Los participantes deberán decorarlo de la forma que ellos gusten.

Sesión 18

Cascarones coloridos

Procedimiento de aplicación

Material:

- Cascarones de huevo vacíos y limpios
- Papel crepe de colores
- Confeti
- Pegamento
- Pinturas de colores

a) Se repartirán los cascarones a los participantes, deberán rellenarlos con confeti y pegarles un trozo de papel en el hueco.

b) Los pintaran, les pegaran papel o confeti, decorarlos como se les ocurra, puede ser como ellos mismos, algún personaje, animal, etc.

c) Deben tener mucho cuidado al manejarlos ya que si se rompen no se les dará otro huevo. Así como cuidarlos hasta llegar a las dos últimas sesiones.

Decora tu dibujo

Procedimiento de aplicación

Material:

- Hojas con varios dibujos
 - Todo el material que se ha ocupado en el taller (pinturas, semillas, papel, etc.)
 - Pegamento
- a) Los participantes escogerán el dibujo o los dibujos que quieran y los decoraran de la forma que más les guste con el material que quieran.
- b) Mientras pueden platicar entre ellos, compartir ideas etc.

Sesión 19

Dinámicas abiertas

Procedimiento de aplicación

Material:

- De acuerdo a la dinámica propuesta por los participantes
 - a) Los participantes deberán proponer las dinámicas a realizarse en esta sesión, según las recuerden o les haya gustado más.
 - b) Con la finalidad de ver que tan significativas han sido éstas y cómo les han servido.

Sesión 20

Cierre de taller

Dinámica de cierre

Mirada retrospectiva

Procedimiento de aplicación

1er momento

El coordinador presentará a los participantes una serie de interrogantes, para ser respondidas individualmente.

- ¿Me gusto?
- ¿No me gusto?
- ¿Qué aprendí?
- ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?
- ¿Cómo la pase?
- ¿Cómo me sentí?

2do momento

Se formaran grupos de 4 personas, a nivel grupal cada participante comentará las respuestas y entre todos producirán un cartel que dé cuenta de los aspectos positivos y negativos de la experiencia vivida.

3er momento

Cada grupo expondrá su cartel y se comentará con el coordinador.

Espacio catártico

Procedimiento de aplicación

Material:

- Tres sillas

El coordinador coloca las sillas una a lado de otra, y le plantea al grupo que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias.

En la primera silla se expresa ¿Cómo llegue? En la de en medio se refiere a ¿Cómo me sentí durante las sesiones? Y la tercera silla es ¿Cómo me voy?

Cada uno va pasando por el espacio catártico y expresando sus vivencias.

*Sirve para hacer explícito los sentimientos y emociones que han experimentado y experimentan los participantes provocados por la actividad grupal. Le permite al coordinador valor el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros.

Convivio

Procedimiento de aplicación

Material:

- Galletas
- Café
- Servilletas
- Bolsitas con dulces

Todos los participantes pasaran a tomar café y galletas y se dará un espacio para que convivan entre ellos libremente.

Al final se les entregarán las bolsitas con dulces y se les agradecerá por su participación.