

XP/G 35 P 1979
4 ejemplares
(50)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL PAPEL DEL PSICOLOGO DENTRO DE UN EQUIPO PLURI-
DISCIPLINARIO EN UN CENTRO DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

PATRICIA GALVEZ DIAZ 5609
MA. DEL PILAR IBÁÑEZ NIEMBRO

ASESOR: MTRA. Silvia Macotela F.

MEXICO, D. F.

1979



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
1. DESARROLLO DE LA MEDICINA DE REHABILITACION EN MEXICO	3
2. PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACION	13
3. DISEÑO DE MODELO DEL PROGRAMA ESTATAL DE REHABILITACION	15
4. CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL (CREACION)	29
5. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO A NIVEL PLURIDISCIPLINARIO	51
5.1 Participación en la Valoración Integral del Paciente	51
5.1.1 Instrumentos Empleados	57
5.1.2 Manejo de Datos	60
5.2 Participación en la Rehabilitación Integral del Paciente	70
6. PRESENTACION DE DATOS	73
6.1 Perfiles	73
6.2 Cuadros de Concentración	108
7. CONCLUSIONES	117
BIBLIOGRAFIA	123

INTRODUCCION

La valoración y el manejo de sujetos con diversas atipicidades son campos relativamente desconocidos para un -- gran número de psicólogos, ya que sólo una minoría elige este campo para su ejercicio profesional. Esto se debe, en la mayoría de los casos, a circunstancias fortuitas, ya que poca es la información que al respecto se había venido dando en la Carrera.

Por este motivo, y tras varios años de experiencia en este campo, consideramos relevante dar a conocer la participación del psicólogo dentro de un equipo pluridisciplinario, concretamente en un Centro de Rehabilitación y Educación Especial.

El presente trabajo es el resultado de tres años de labores en el campo de la valoración y el manejo de sujetos que presentan diversas atipicidades.

En el primer punto, presentamos breve historia del desarrollo de la Medicina de Rehabilitación en México, desde 1867 en que se plantea fundamentalmente como un proceso de tipo educativo hasta nuestros días en que se contempla al individuo atípico o incapacitado como a un ser integral que pertenece a una comunidad y en la cual debe permanecer como sujeto activo. Este sería el objetivo para el que trabajan profesionales de múltiples especialidades.

El Programa Nacional de Rehabilitación incluido en el Plan Nacional de Salud, del cual sólo presentamos los lineamientos generales, menciona entre sus políticas el extender los servicios de Rehabilitación a todo el territorio Nacional, así como ampliar las acciones de la misma a todo tipo de inválidos. De aquí se desprende el Diseño del Modelo Estatal de Rehabilitación el cual se presenta en su totali--

dad con objeto de tener una idea clara de los objetivos que se persiguen y de los medios para su consecución.

Una de las acciones mencionadas llevadas ya a la -- práctica es la creación y funcionamiento de los Centros de - Rehabilitación y Educación Especial que son una respuesta a la creciente demanda de atención especializada.

Entre ellos, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Estado de México cuenta con un equipo pluridisciplinario dentro del cual el psicólogo desempeña su labor - manteniendo estrecha comunicación con todos y cada uno de -- los integrantes del equipo de profesionales, participando ac tivamente en la Valoración y Rehabilitación a través de los instrumentos tradicionales de medición, con un enfoque poco convencional en lo que al manejo de los datos se refiere.

Un aspecto de gran importancia dentro del trabajo -- del psicólogo en un Centro de Rehabilitación y Educación Especial es el Reporte o Informe; en él, se comunican los re-- sultados obtenidos en la valoración del paciente, siendo de gran utilidad el empleo de perfiles, de los cuales presentamos algunos como ejemplos de la población que habitualmente acude a la consulta del Centro.

Los cuadros de concentración de datos que se presentan son la recopilación de 900 casos valorados, que representen nuestra población total de tres años de trabajo, pudiendose apreciar la relación que guardan cada una de las por -- nosotros llamadas áreas invalidadas con diferentes variantes como son edad, sexo, escolaridad y lugar de residencia, así como el seguimiento llevado a cabo.

1. DESARROLLO DE LA MEDICINA DE REHABILITACION EN MEXICO

A partir de 1867 la Rehabilitación se plantea fundamentalmente como un proceso de tipo educativo. Por esta razón, en 1867 se crea la Escuela Normal de profesores para la enseñanza de sordomudos; los programas fueron traídos de Brasil por el señor Eduardo Huet, sordomudo de nacimiento y Director de una escuela para esta misma incapacidad.

Tres años más tarde, en 1870, se decreta la fundación de la Escuela para Ciegos dependiente del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. En el mismo año, se crea en la Normal de profesores un curso para la enseñanza de ciegos.

La rehabilitación de sordomudos y ciegos queda entonces como responsabilidad del Estado y como un ejercicio profesional bajo la dirección del Gobierno.

Con estos antecedentes, en 1880, durante el gobierno de Porfirio Díaz, se reglamenta por primera vez la educación de ciegos y sordomudos con el planteamiento de que las medidas anteriores se tomarían en función de la incidencia de procesos infecciosos que determinarían una tasa alta de secuelas invalidantes.

Así llegamos a 1900 en donde la Rehabilitación permanece como un concepto educativo exclusivamente. Los profesionales de la salud continuaban ignorando el campo de la Rehabilitación; sin embargo, los cambios políticos determinaron que la Rehabilitación pasara al campo de la salud, y en el período de 1910-1920 la Revolución Mexicana originó un incremento en el número de inválidos del aparato locomotor. La atención de estos inválidos se llevó a cabo en las instituciones hospitalarias de la capital y en algunas del interior con miras curativas y asistenciales, pero todavía sin un concepto de rehabilitación como tal.

En 1905 se creó el Hospital General y 5 años más tarde, en 1910, el Hospital de la Castañeda. Se clausuró el Ministerio de Instrucción Pública en 1917 y en 1920 las Escuelas de sordomudos y ciegos pasaron al Departamento de Salud Pública. La educación Primaria de inválidos ciegos e inválidos sordos permaneció como responsabilidad estatal.

En este contexto se dejó sentir la influencia norteamericana después de las acciones que se llevaron a efecto para la rehabilitación de inválidos de la Primera Guerra Mundial en los E.E.U.U.; en 1934 se creó el Departamento de Radiología y radioterapia del Hospital General como resultado de la presión del número importante de inválidos del aparato locomotor.

En ese mismo año, algunos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y el grupo de invidentes de la Escuela Nacional de Ciegos iniciaron la atención de inválidos a través de un departamento de fisioterapia en el Hospital General. El aspecto enseñanza permaneció sin modificaciones agregándose únicamente dentro de la Escuela Nacional de Ciegos un curso de masajistas invidentes. Los profesores de Educación Especial conservaron en sus manos la rehabilitación de sordos y ciegos.

Con todas estas medidas se dieron los primeros pasos para la rehabilitación contemplada desde el punto de vista de la Salud, y se abarcó un nuevo campo: la rehabilitación profesional como una necesidad en los débiles mentales, se fundó en Tlalpan la Escuela Granja para débiles mentales, y en el mismo año se inició la enseñanza de trabajos manuales para enfermos mentales llevada a cabo por profesores de talleres.

Llegamos a las décadas de los 40s a los 70s, período en el que habría de contemplarse un amplio desarrollo en el campo de la salud, con el surgimiento de las grandes institu

ciones Gubernamentales y el interés del Sector Privado, ambos con el mismo objetivo: ampliar los servicios y la preparación de los profesionales dedicados al campo de la Rehabilitación y de la Educación Especial.

Así tenemos que la Fisiatría es identificada como -- parte de la Medicina, lo que determina que el personal de Salud se responsabilice de la misma, surgiendo al mismo tiempo la necesidad de formar personal de este campo; sin embargo, -- en esta etapa se contemplan exclusivamente los aspectos físicos: "el hombre contemplado desde el punto de vista biológico".

Por las necesidades de personal especializado, se inicia el adiestramiento de terapistas Físicos en el Hospital Infantil de México en 1943 con duración de tres, seis y doce meses sucesivamente, con personal auxiliar en enfermería y -- posteriormente en 1950, para enfermeras tituladas; los programas de enseñanza contienen materias básicas como Anatomía y Fisiología, además de la Fisioterapia que incluye Electroterapia, Mecanoterapia, Masoterapia y ejercicios.

A la par, se crea el Departamento de Medicina Física del Hospital Infantil de México para atender inválidos niños (físicos fundamentalmente). En el mismo año de 1942 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al aparecer una epidemia de poliomeilitis que dejó se cuelas en número importante de individuos, se creó el Centro Francisco P. Miranda en 1950 para la rehabilitación de los -- mismos.

En estas condiciones las Instituciones dependientes -- del Estado son las primeras en incluir al personal de Rehabilitación dentro de su cobertura de salud, y conforme aumenta el número de egresados de las escuelas de terapia Física, se inicia la atención particular de individuos de estratos so--

ciales elevados, los cuales a fin de evitar trámites administrativos en las Instituciones Gubernamentales, contratan al terapeuta para su atención domiciliaria.

Dentro del campo de la Enseñanza, a la par de la preparación de personal especializado en el campo de la Fisiatría, la Educación Especial logra un gran avance en 1940 con la fundación de la Escuela Normal de Especialización para la formación de Maestros de Educación Especial en débiles mentales, ciegos y lisiados del aparato locomotor.

En el marco del desarrollo histórico encontramos que una vez considerada la Fisiatría como parte del campo médico y enfocando los aspectos físicos se inician los aspectos educativos dentro de las Instituciones Hospitalarias y desde este punto de vista la Fisiatría tiene que hacerse institucional (privada o gubernamental) por el alto costo de los servicios.

Con estos objetivos, una influencia determinante fue el desarrollo de profesionales médicos en los E.E.U.U. que importaron los programas para la formación de personal, y aunque se les dió un sello propio determinado por el Dr. John, en general se siguieron las corrientes del Dr. Cruzan que manejaba la Fisiatría. Durante la Segunda Guerra Mundial el Dr. Howard Kusk abandonó la Fisiatría e inició el concepto actual de la Rehabilitación, ideología que pasó a México.

En el Hospital Infantil, desde la fundación del Departamento de Medicina Física, se adiestraba en forma tutelar a algunos médicos en este campo. Otros completaron su formación en E.E.U.U., los cuales regresaron al propio Hospital Infantil y a otras instituciones.

El ejercicio profesional durante estos años permaneció en manos del Estado a través de las grandes instituciones hospitalarias en la ciudad de México. Las clases socio-

económicamente altas podían disfrutar de atención de tipo domiciliario. En 1945 la primera institución privada que incursionó en este campo fue el Hospital Inglés, el cual inició la formación de terapistas físicos y poco después los ocupacionales, teniendo como requisito el título de enfermería, con capacitación durante un año y con programas semejantes a los del Hospital Infantil de México.

Con estos antecedentes, se inició el ejercicio profesional dentro de instituciones particulares para dar atención especializada a los pacientes privados que se venían atendiendo domiciliariamente.

Contando ya con tal desarrollo de recursos, a la Rehabilitación se le dió un enfoque particular ya que se contemplan los aspectos ortopédicos y se inició en esta época la proyección de estas corrientes al resto de América Latina a través del adiestramiento de personal técnico y después médico en Rehabilitación, preparado en el Hospital Infantil.

Un acontecimiento importante es la industrialización en México, la cual aumenta el riesgo profesional, incrementando el número de incapacitados laborales. A la vez, se produce un incremento en la inversión extranjera que acarrea una mayor importación de tecnología; ambos acontecimientos serán de influencia determinante en la iniciación de un nuevo concepto en medicina física y rehabilitación: la incorporación al trabajo productivo.

La preparación de médicos en Medicina Física y Rehabilitación se inició en el Hospital Infantil de México en forma tutelar con duración de dos años (1954-1955) y en donde los participantes cubrían una cuota de inscripciones muy elevada. En este mismo hospital en 1955 se inició la formación de terapeutas ocupacionales, además de los físicos, curso con duración de un año, con el requisito de ser maestros normalistas. En 1956 la formación de terapeutas físicos se

desarrolló en tres años y se exigió como requisito la secundaria, y hasta algunos años después se estableció este requisito para terapeutas ocupacionales.

Con estos antecedentes, encontramos que en el campo del ejercicio profesional la atención de pacientes es predominantemente institucional, ya sea privada o gubernamental; en cambio, la atención domiciliaria sólo es proporcionada en la ciudad de México.

Ya avanzada la década de los 50s se creó la Dirección General de Rehabilitación como dependencia de la Subsecretaría de Asistencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a instancias del Dr. Bustamante Curiá, interesado fundamentalmente en la rehabilitación de los pacientes con problemas de la Comunicación Humana.

En esta época se formalizó la atención de los problemas de la Comunicación Humana como parte del campo médico y no sólo como proceso educativo. En 1959 se llevó a cabo el primer curso de terapeutas de lenguaje, bajo los auspicios de la Dirección General de Rehabilitación, con duración de tres años y como requisito, ser maestro normalista ó bachiller. Al finalizar esta generación, por falta de presupuesto, el curso pasó como tal a la Escuela Normal de Especialización. En esta misma época el Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje, institución particular, desarrolla un curso similar.

En esta época encontramos dos hechos de gran significado: la proliferación de instituciones particulares que cubren las necesidades de rehabilitación en forma parcial y sólo para los estratos elevados de la población, y el surgimiento de las asociaciones gremiales para la Rehabilitación.

Continuamos en 1959, año en que el I.M.S.S. contempló el pago de pensiones e indemnizaciones por riesgos profe

sionales; sin embargo, poco se hizo en materia de Rehabilitación como tal. Así mismo, se fundó la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación y se constituyó el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Central Militar. En este mismo año el Hospital Colonia estableció una nueva residencia en Medicina Física y Rehabilitación desapareciendo la del Hospital Infantil, quedando como colaborador del Colonia. El Instituto Mexicano de Rehabilitación inicia la formación de personal para terapia física y ocupacional, teniendo como requisito la secundaria y con un curso de dos años. Posteriormente se inician otros cursos para protesistas y ortesistas con requisito de primaria y duración de un año, y la formación de Consejeros en Rehabilitación, con requisito de una profesión básica, como ser maestro, médico, trabajador social, etc.

Surge la atención de inválidos por riesgo profesional en el Hospital Colonia con el Dr. Luis Guillermo Ibarra como jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

Con estos antecedentes, y como se había mencionado, dentro del ejercicio profesional se inician las clínicas particulares para la rehabilitación del aparato locomotor y proliferan las de atención en problemas de Comunicación Humana y las de Deficientes Mentales. Se inician éstas en la provincia, en ciudades como Guadalajara, Oaxaca, etc.

Llegamos a los 60s y surge como un hecho de gran significado la necesidad de formación de docentes para el desarrollo de técnicos en Rehabilitación, y en 1964 el I.M.P.I. inicia los cursos de Terapia Física y Ocupacional con requisito de secundaria y una duración de dos años. Se inició la formación de terapistas ocupacionales en el Hospital Militar una generación cada dos años, con un número reducido de alumnas y con programas semejantes a los del Hospital Infantil.

Influencia determinante es la O.P.S.* que patrocina una reunión de médicos de América Latina en la que se establecen los requisitos mínimos para la formación de médicos especialistas en la Medicina de Rehabilitación, así como las características de los servicios para la atención de inválidos. En el mismo año la O.P.S. patrocina un curso de nueve meses para la formación de profesores de terapia física, en donde, además de un repaso de fisioterapia, se dió un curso de Pedagogía.

En 1969 se funda la Sociedad de Especialistas en Comunicación Humana, realizándose en la ciudad de México.

La Universidad de las Américas y el Centro Pedagógico de Audición y Lenguaje en 1968-1969 inicia la formación de terapeutas de Lenguaje, con títulos de Licenciado en Educación Especial en problemas de Audición y Lenguaje. El curso del Centro Pedagógico desaparece poco después y en el I. M.S.S. se inicia la formación de médicos en Medicina Física y Rehabilitación y el curso dura dos años.

El ejercicio profesional continúa con las características mencionadas surgiendo con ésto la necesidad de un mayor número de especialistas en este campo. Las instituciones empiezan a contratar especialistas en otras áreas, fundamentalmente ortopedistas, para cubrir plazas en los Servicios de Rehabilitación.

A partir de 1970, el gobierno de la República da atención a los inválidos en función de la industrialización del país, así como la urbanización y el aumento en la expectativa de la vida, por lo cual se reglamenta su atención.

En 1971 la O.P.S. patrocina otra reunión en México, en donde se dan las recomendaciones para la formación de técnicos en Rehabilitación. En 1972 se lleva a cabo la Reunión de Escuelas de Terapia Física y la Reunión de Jefes y Direc-

tivos de rehabilitación, a la vez que se establece la Sociedad Mexicana de Terapia Ocupacional.

Como política gubernamental se inicia el Plan Nacional de Salud; éste, en el capítulo de la Rehabilitación:

- 1° Reglamenta la atención y servicios para inválidos.
- 2° Promueve el mejoramiento y creación de instituciones dedicadas a la atención de inválidos.
- 3° Reglamenta el desarrollo de personal.
- 4° Plantea la prevención de invalidez.
- 5° Promueve la investigación.

Con estos acontecimientos, y como influencia determinante en el campo de la Enseñanza, la Dirección de Rehabilitación crea en 1971 la residencia de Medicina Física y Rehabilitación con duración de dos años, en 1972 se aumenta a tres años y se inicia un programa que cubre aspectos físicos y psicosociales; el programa es aceptado por la Universidad Nacional Autónoma de México en 1974 y se le da importancia al adiestramiento en servicio en el interior de la República.

A partir de 1973 se enfatizan los aspectos laborales dentro del adiestramiento y se inician los programas de rehabilitación de enfermos mentales como parte del adiestramiento médico. Surgen además, los conceptos de: Prevención de Invalidez, rehabilitación como Problema de Salud Pública, y Administración de Servicios de Rehabilitación.

Se promueve la enseñanza de la Rehabilitación como parte del adiestramiento de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, ampliando los campos de la medicina especializada.

Se establece el requisito de bachillerato para los técnicos en Rehabilitación y el programa con tres años de duración en las escuelas de terapia en las que se incluyen Terapia Física, Terapia Ocupacional y de Lenguaje, requiriéndose

se un año de adiestramiento en servicio. En 1973 se crea una nueva especialidad en Rehabilitación como post-graduado en Medicina, la residencia en Medicina de la Comunicación Humana. En este mismo año se establece en el I.S.S.S.F.E. la residencia de Medicina Física y Rehabilitación, con especial interés en la rehabilitación cardio pulmonar.

El ejercicio profesional se encamina fundamentalmente a nivel institucional, agrupando en un equipo de Rehabilitación a maestros de Educación Especial, de donde surge el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.).

La atención de los inválidos alcanza a la población del interior de la República desarrollándose a escala importante y ésta es considerada como un punto clave.

La Rehabilitación es un proceso que sólo puede llevarse a efecto por un equipo interdisciplinario, lo que determina el incremento del ejercicio profesional institucionalizado, no sólo en las dependencias gubernamentales sino también a nivel privado.

La carencia de nuevas plazas, así como el incremento del número de las ya existentes, es planteado como un problema primordial a resolver.

Este desarrollo histórico dará un gran significado a la Rehabilitación, ya que se formalizan las especialidades médicas y técnicas en este campo, precisándose los objetivos de la misma; surge la necesidad de profundizar en campos específicos dentro del panorama de la Rehabilitación, ésta se determina como un esfuerzo integrado y coordinado para ayudar al paciente a alcanzar el máximo de su potencial físico, emocional, vocacional y social.

2. PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACION

Los cambios operados en el desarrollo socioeconómico de la República Mexicana hicieron necesario analizar los actuales problemas de salud pública que el país enfrenta y de acuerdo con ellos, ajustar y actualizar las acciones dirigidas a promover y preservar la salud, estructurándose un Plan Nacional de Salud, con metas para un decenio, 1974-1984.

Dentro del Plan Nacional de Salud quedó incluido el Programa Nacional de Rehabilitación, debido a que la invalidez representa un importante problema, ya que el 7% de la población sufre de invalidez física o mental.

Políticas

Extender los servicios de Rehabilitación a todo el Territorio Nacional para ponerlos al alcance de los inválidos en sus respectivas comunidades.

Ampliar las acciones de la Rehabilitación a todo tipo de inválidos, para beneficiar con ello tanto a los amputados, ciegos, sordos y deficientes mentales, como a los cardíacos, cancerosos, huérfanos, ancianos, alcohólicos, farmacodependientes, menores infractores y adultos delincuentes.

Aplicar la Rehabilitación con criterio integral a través de medidas de carácter médico, de educación especial, de capacitación para el trabajo y de readaptación social.

Objetivos Generales

Librar de la invalidez y sus efectos a la población de la República Mexicana.

Incorporar a los inválidos a la vida activa, económica y social del país.

Objetivos Específicos

- 1.- Coordinación de las actividades para la Rehabilitación.
- 2.- Creación del Registro Nacional de Inválidos.
- 3.- Programa Nacional de Prevención de Invalidez.
- 4.- mejoramiento y creación de instituciones dedicadas a la atención de inválidos.
- 5.- Formación y desarrollo de personal para la Rehabilitación de los inválidos.
- 6.- Legislación para la prevención de la invalidez y la Rehabilitación de inválidos.
- 7.- Programa de Educación Higiénica en materia de Rehabilitación.
- 8.- Promoción de la investigación científica para el desarrollo de nuevos conocimientos para la prevención de la invalidez y la Rehabilitación de los inválidos.
- 9.- Programa Nacional de Empleo de Inválidos.

3. DISEÑO DE MODELO DE PROGRAMA ESTATAL DE REHABILITACION

I. INTRODUCCION

El empeño de extender la cobertura de los servicios de Rehabilitación y Educación Especial a la población suburbana y rural debe sumarse a la de aquellos programas que enfocan su actividad en esos ámbitos, como el de asistencia materno infantil, mejoramiento de la nutrición, saneamiento del medio y el control de las enfermedades transmisibles. Tradicionalmente se ha considerado al binomio madre e hijo, el más vulnerable a los daños a la salud, y así se observa también que el fenómeno invalidez se inicia en la infancia con efecto nocivo hacia la familia, donde la madre mexicana juega un papel trascendente en la estabilidad, productividad y eficiencia de la misma.

también es ampliamente reconocida la estrecha relación que existe entre la economía y la salud con el desarrollo global, que en un país como el nuestro tiene potencialmente su base en el área rural.

Ya no debe sólo preocupar la tesis de mejorar la situación general de vida y salud de la población que aún no tiene acceso a los servicios mínimos, sino que la solución requiere de enfoque multiprofesionales integrales y globales al configurar los distintos niveles de atención que se implanten. Esto demanda cambios tanto en la prestación de los servicios, como en la actitud de los profesionales que se integran a esos fines y fundamentalmente en las estrategias de expansión de las prestaciones, ya que el propósito final sería la integración de recursos humanos aptos para participar en la vida productiva del país.

Aunque está aceptado como barrera fundamental, los -

limitados recursos humanos y materiales, escasas comunicaciones, gran dispersión de la población rural, pocas facilidades para la educación básica y laboral, subempleo y desempleo que por su interacción mantienen marginada a la población rural del disfrute y de su participación de los bienes del desarrollo económico y social.

Los actuales servicios de salud son el producto de conceptos tradicionales enfocados a combatir las enfermedades en los individuos al margen de las necesidades de la comunidad con todos sus daños, o de grupos de individuos con problemas comunes.

Si no se toman en cuenta las formas de vida y las necesidades en materia de Rehabilitación y Educación Especial de la población rural, seguirá incrementándose la barrera cultural y el rechazo para todos aquellos que sufren daños invalidantes.

Los factores que han contribuido a este orden de cosas pueden ser reducidos mediante la estructuración de un Programa Estatal de Rehabilitación y Educación Especial que elimine el tratamiento unilateral y parcial de los problemas de salud, coordinando la multiplicidad de instituciones públicas descentralizadas y privadas, mediante políticas de salud integral enfocadas a las necesidades del hombre.

Para alcanzar efectividad en las metas de expansión de la cobertura de estos servicios, deben ubicarse adecuadamente los recursos voluntarios, auxiliares y profesionales en el nivel correspondiente de los servicios de salud, instalados de manera que se garantice óptima utilización, dentro de un marco de eficacia y eficiencia.

II. JUSTIFICACIONES

- 1a. La magnitud del problema de invalidez cuantificado - convencionalmente por los indicadores de los organismos internacionales que dan como promedio para países como el nuestro de 7 a 10% del daño a la salud - por esta causa.
- 2a. El cumplimiento al Plan Nacional de Salud, mediante la implementación de un Programa Estatal para cada Entidad Federativa, que alcance las metas señaladas.
- 3a. Lo dispuesto en la fracción V del Artículo 3º del Capítulo I de la Salubridad General; del título VI, Capítulo Único de la Rehabilitación de los Inválidos, en los Artículos 151 al 153 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y en el Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos.
- 4a. La oportunidad que ofrecen los recursos instalados para la salud de la población de la Entidad, las instituciones integrantes del Plan Nacional de Salud.

III. POLITICAS

- 1a. El Programa tendrá una cobertura total a la población de la Entidad.
- 2a. Se atenderá a toda persona, cualquiera que fuese la forma de presentación de la invalidez, en todas las edades y en ambos sexos.
- 3a. El Programa será producto de un mecanismo de participación entre los sectores salud, educación, trabajo y asistencia social.

IV. OBJETIVOS

Generales:

- 1º Disminuir el daño a la salud por causa de invalidez.
- 2º Incorporar a la sociedad en las mejores condiciones de participación, mediante la aplicación de las medidas de medicina de rehabilitación y educación especial a todo inválido que lo solicite o sea derivado de cualquier institución.

Específicos:

- 1º Promover la óptima utilización de la capacidad instalada para la rehabilitación de los inválidos en las distintas Entidades Federativas.
- 2º Promover la creación de un Centro de Rehabilitación y Educación Especial en las Entidades Federativas -- que aún no lo tengan.
- 3º Impulsar la productividad de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial y unidades de Rehabilitación en hospital, en aquellas Entidades Federativas donde ya exista la instalación de estos recursos.
- 4º Organizar las actividades de prevención de invalidez.
- 5º Organizar un mecanismo de obtención, registro y notificación de información para el Registro Nacional de Inválidos (RENI), en cada Entidad Federativa.
- 6º Organizar actividades para el empleo selectivo o protegido de los inválidos rehabilitados.
- 7º Organizar actividades educativas sobre prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, dirigidas a todos los sectores sociales de la población.
- 8º Promover el estudio y las reformas a la legislación

en cada Entidad Federativa sobre la materia de invalidez y rehabilitación de los inválidos.

- 9° Organizar el Consejo Estatal de Rehabilitación, los Consejos Municipales y los Comités Locales de Rehabilitación en cada Entidad Federativa.
- 10° Sistematizar los servicios de rehabilitación por regiones y en los tres niveles básicos de aplicación.

V. METAS

- 1a. Dar atención integral al 100% de los inválidos protegidos por la influencia de los servicios de salud y educación.
- 2a. Atender a nivel del Centro de Rehabilitación y Educación Especial a 1000 casos nuevos por año y 500 en las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación instaladas.
- 3a. Proporcionar servicios de educación especial a 100 niños nuevos cada año.
- 4a. Promover la instalación de recursos de educación especial para atender a 500 niños nuevos anualmente.
- 5a. Incorporar a fuentes de trabajo al 100% de los inválidos rehabilitados en los servicios de rehabilitación y educación especial.
- 6a. Promover la organización de cooperativas u otras formas de trabajo colectivo entre inválidos rehabilitados.
- 7a. Organizar Brigadas de Rehabilitación Básica de Inválidos, una por cada Municipio, de preferencia en las localidades que dispongan de casa de salud o de Centro de Salud.

- 8a. Crear el Consejo Estatal, los Municipales y los Comités Locales de Rehabilitación en todas las poblaciones que alcancen los 500 habitantes.

VI. LIMITES.

- a) DE TIEMPO: Permanente.
- b) DE ESPACIO: El territorio correspondiente a cada Entidad Federativa.
- c) UNIVERSO DE TRABAJO: La población total con daño invalidante.

VII. ORGANIZACION

1. En los Servicios Coordinados de Salud Pública en cada Entidad Federativa se creará, en el Departamento Técnico, una sección que planea, dirige, controla y evalúa el Programa Estatal de Rehabilitación, al frente de la cual deberá estar un Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.
2. En los Estados de la República que cuenten con los servicios de rehabilitación a través de un Centro de Rehabilitación y Educación Especial, este establecimiento funcionará como eje de apoyo a la operación del programa y si además se dispone de Unidades de Rehabilitación en Hospitales, éstas funcionarán integradas en sistemas y recibirán la totalidad de los inválidos detectados y derivados en el primero y segundo nivel de atención.
3. El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) tendrá un Director General, Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación, con funciones de -

integración del equipo multidisciplinario para el diagnóstico médico, psicológico, psicopedagógico, vocacional, ocupacional y social, y el control de la terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

4. Un Subdirector Pedagógico, Maestro en Educación Especial, para niños en edad escolar ciegos, sordos, deficientes mentales y con problemas del aparato locomotor; un instructor de enseñanza tecnológica para la enseñanza básica tecnológica y capacitación para el trabajo para adolescentes y adultos; un Subdirector de Rehabilitación Social y un Administrador, con funciones de control de presupuesto, caja, personal, adquisiciones, almacén, mantenimiento e intendencia.

VIII. COORDINACION

La coordinación entre las instituciones que configuran el sistema de atención a la salud, a la educación, a la asistencia social, debe ser estrecha y dinámica para el logro de los objetivos establecidos del Sector Salud, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia de la Entidad; del Sector Educativo, la Dirección General de Educación Federal, la Dirección General de Educación Estatal y las instituciones de Educación Superior; del Sector Trabajo, de la Dependencia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y los organismos que agrupan a obreros y campesinos, y con la Dirección de Seguridad y Adaptación Social.

Se extenderá la coordinación a clínicas y sanatorios particulares, asociaciones civiles de acción social y clubes

de servicios.

IX. METODOLOGIA DE ACTIVIDADES

Se implantará el sistema de rehabilitación estatal, con 3 niveles básicos de aplicación:

1. El primer nivel corresponderá a las áreas de influencia de los Centros de Salud "C", Casas de Salud, a través de los cuales se organizarán Brigadas de Rehabilitación de Inválidos Básicas (BRIB), constituidas por un auxiliar de enfermería, un maestro de educación primaria, un instructor de enseñanza artesanal e industrial y un promotor de rehabilitación.

En este primer nivel se realizan actividades de:

- a) Detección sistematizada de invalidez.
 - b) Localización domiciliaria y por formas de presentación de invalidez.
 - c) Canalización al nivel inmediato superior.
 - d) Seguimiento y cumplimiento del programa individual de rehabilitación, diseñado en el nivel inmediato superior.
 - e) Educación higiénica.
 - f) Prevención sistematizada en materia de invalidez.
2. El segundo nivel corresponde a la atención prestada a la población controlada y zona de influencia de los Centros de Salud con Hospital "A" y "B", en los cuales se organizarán Unidades Básicas de Rehabilitación de Inválidos (UBRI), integradas por personal adiestrado en rehabilitación y con equipo. En la formación de la Brigada funcionarán fundamentalmente te

rapistas, maestros de educación especial, psicólogos y trabajadores sociales.

En este segundo nivel se realizan actividades de:

- a) Detección sistematizada de casos de invalidez.
 - b) Localización domiciliaria y por formas de presentación de invalidez.
 - c) Diagnóstico de invalideces leves (valoración de - incapacidad), formulación de programas de rehabilitación individual y aplicación de las medidas - conducentes.
 - d) Canalización al nivel inmediato superior para invalideces severas.
 - e) Seguimiento y cumplimiento del programa individual de rehabilitación diseñado en el nivel inmediato superior.
 - f) Registro y notificación de casos al tercer nivel.
 - g) Educación higiénica.
 - h) Prevención sistematizada en materia de invalidez.
3. El tercer nivel lo constituye la atención a los sujetos que asisten a los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación de Inválidos (UHRI), dentro de los cuales prestan sus servicios en interacción - multidisciplinaria especialistas en rehabilitación, - en pedagogía especializada, en capacitación para el trabajo, utilizando equipo de alta calificación tecnológica para resolver problemas generados por invalideces de todo tipo en personas de todas las edades y de ambos sexos.

Las funciones del tercer nivel son:

- a) **Función médica**, donde se desarrollan las actividades de valoración de capacidades físicas, psicológicas, pedagógicas, vocacionales, de adaptación y readaptación social; las de terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia psicológica, terapia social y se prescriben y se adaptan ayudas visuales, auditivas, prótesis y ortesis.
 - b) **Función Pedagógica**, donde se realizan las actividades de educación especial en deficientes mentales, problemas de la comunicación humana, ciegos y débiles visuales, afectados del sistema músculo esquelético, inadaptados sociales y problemas de aprendizaje.
 - c) **Función Social**, donde se realizan las actividades de empleo de inválidos, entrenamiento vocacional, adiestramiento inespecífico, capacitación para el trabajo, recreación y desarrollo cultural y asistencia social.
 - d) **Función Enseñanza**, área en la que se realizan las actividades de formación y desarrollo de recursos humanos con programas específicos para terapia física, ocupacional, terapia de lenguaje, protesistas y ortesistas y cursos monográficos de actualización o cambios de operación del Centro de Rehabilitación y Educación Especial.
 - e) **Función Investigación**, área en la que se realizan las actividades de investigación epidemiológica, investigación social e investigación de mercado - laboral para inválidos.
4. Se informará a la población del Estado de los Servicios que se ofrecen en las instituciones disponibles

utilizando los medios masivos de comunicación.

5. Se procederá a la organización del Consejo Estatal - de Rehabilitación, para lo cual se convocará a reunión a los organismos del sector salud, del sector educativo, del sector trabajo, del sector de seguridad y readaptación social, presidido por el C. Gobernador del Estado, quien fungirá como Presidente de dicho Consejo.
6. Presididos por los Presidentes Municipales y como -- miembros representantes de las instituciones involucradas en la rehabilitación, se organizarán los Consejos Municipales de Rehabilitación (COMURE).
7. Se darán instrucciones a jefes de clínicas periféricas de instituciones descentralizadas, directores de centros de salud urbanos y suburbanos, médicos comunitarios y pasantes de medicina en servicio social, ubicado en los tres niveles de atención, para que no notifiquen los casos de invalideces de acuerdo a lo -- dispuesto por el Código Sanitario e instrumentado -- por el Registro Nacional de Inválidos.
8. En un plazo no mayor de 6 meses, a partir de 1970, - se procederá a implementar de recursos humanos y materiales integrados en Unidades Básicas de Rehabilitación de Inválidos, a los Centros de Salud correspondientes a las jurisdicciones sanitarias del Estado, y organizar las Brigadas de Rehabilitación de Inválidos Básicas (BRIB) a nivel de los Centros de Salud "C" y Casas de Salud.
9. Se promoverá el empleo de inválidos rehabilitados a través de la coordinación formal con dirigentes de agrupaciones laborales y centros de trabajo.

10. Se crearán talleres protegidos de industrias para inválidos.

X. ESTRATEGIA GENERAL DE OPERACIONES

1.- Adiestramiento:

Se desarrollará un taller de capacitación para el -- Programa Estatal de Rehabilitación dirigido a todo el personal de las unidades aplicativas médico-asistenciales de la Entidad, presentado por personal técnico de la Jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública, la Dirección General de Educación Especial y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, en coordinación con la Escuela de Salud Pública.

El temario comprenderá el contenido siguiente:

- a) Salud Pública.
- b) Rehabilitación.
- c) Educación Especial.
- d) Protección a la Familia.
- e) El Centro de Rehabilitación y Educación Especial.
 - e.1.) Función médica y paramédica.
 - e.2.) Función pedagógica.
 - e.3.) Función Social.
 - e.4.) Función enseñanza.
 - e.5.) Función investigación.
 - e.6.) Función gobierno.

2.- Regionalización:

Se utilizará la regionalización correspondiente a -- las jurisdicciones establecidas por la organización de los Servicios de Salud Pública del Estado.

3.- Funcionalismo:

Los Centros de Salud "C" y las Casas de Salud de cada jurisdicción recibirán los casos derivados de las Brigadas de Rehabilitación de Inválidos Básicas y de acuerdo a los recursos disponibles, humanos y materiales, desarrollarán programas elementales de atención a inválidos, o derivarán éstos a su vez a las Unidades Básicas de Rehabilitación de Inválidos (UBRI), ubicadas en los Centros de Salud establecidos en cada cabecera jurisdiccional o distrital de la organización. Estas unidades dotadas de recursos humanos y materiales, con capacidad para elaborar algún tipo de diagnóstico y ejecutar tratamientos y el seguimiento de algunos casos, aquellos que considere sujetos de tratamiento de la BRIB o de programa familiar, serán regresados a su localidad, manteniendo los aspectos de revaloración y reprogramación que demanden los inválidos. Cuando la cualidad de la prestación de la invalidez o el grado supere la capacidad de los recursos que integran la UBRI, ésta deberá referir esos casos a las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación o al Centro de Rehabilitación y Educación Especial, si es que ya se dispone de esta institución, donde se precisará el diagnóstico de la invalidez y la valoración de las capacidades residuales a rehabilitar, así como la elaboración del programa individual de rehabilitación por caso, revisando aquellos que pueden ser atendidos en las Unidades Básicas de Rehabilitación de Inválidos y manteniendo el control mediante valoraciones sucesivas de la evolución de los pacientes.

Los casos de invalidez complicados o de daños mayores, serán atendidos por el personal técnico multi-

disciplinario de las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación de Inválidos (UHRI), Hospitales o el Centro de Rehabilitación y Educación Especial.

XI. FINANCIAMIENTO

El financiamiento del programa Estatal de Rehabilitación será cubierto de forma tripartita por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Secretaría de Educación Pública y el Gobierno del Estado, sin perjuicio de financiar la creación de los servicios con fondos procedentes de la iniciativa privada cuando fuese posible.

XII. EVALUACION

La evaluación del programa se hará siguiendo el cumplimiento de las metas, registrando el número de casos nuevos manejados por cada institución, así como el reconocimiento de cambios sociales alrededor de los problemas vinculados a la invalidez y de los beneficios de la rehabilitación integral.

4. CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

(C. R. E. E.)

I. INTRODUCCION

Los objetivos y conceptos actuales de la rehabilitación integral son cada vez más aceptados por los grupos promotores y por los expertos que dirigen servicios médicos y sociales, enfocados a la atención de los inválidos.

Los problemas de las personas afectadas por algún tipo de invalidez y las dificultades que se confrontan en la planeación de servicios para su rehabilitación integral adquieren cada vez mayor trascendencia en la comunidad, ya que los servicios médicos en expansión creciente y el progreso tecnológico son factores que incrementan el número de casos para quienes se requiere de un modelo de atención cada vez más especializado. Por otro lado, la ampliación del rango en el concepto moderno de invalidez, que incluye diversas formas de manifestación del daño, reclama la necesidad de servicios más completos y perfeccionados, a fin de lograr los beneficios deseados. Se advierte también la presencia de una responsabilidad moral de la comunidad frente a sus inválidos reconociendo la necesidad de su contribución, a través de una reincorporación más temprana y eficaz de ellos a la vida productiva.

Esto requiere de la formulación de una política más clara, que comprenda dentro de la Rehabilitación de los inválidos los factores médicos, educativos, de trabajo y otras prestaciones y servicios que ofrece la comunidad al individuo, manteniendo como esencia la aplicación idónea de las especialidades en la interacción necesaria para la productividad eficiente de estos servicios.

Esta política buscará superar los obstáculos genera-

dos por la división de responsabilidades y competencias profesionales, que bajo distintos modelos organizativos, se estructura el actual mecanismo institucional encargado del problema de la invalidez. La coordinación y la combinación del esfuerzo multidisciplinario e interinstitucional, debe ser la norma que sustente la creación de los servicios de rehabilitación integral en el futuro, de manera que la rehabilitación médica, social, profesional y la educación especial, --son instrumentos que deben acoplarse en función de un objetivo común, que es el de facilitar al inválido el convertirse en un miembro independiente y productivo de la comunidad.

La claridad de esta política, debe incidir vigorosamente en evitar la dispersión de esfuerzos entre las diversas instituciones y servicios, a fin de fomentar la rehabilitación integral de los inválidos, suprimiéndose definitivamente como en sus orígenes históricos, la aparición de nuevos servicios orientados a acciones unilaterales o parciales que no siempre responden a las necesidades y posibilidades específicas de los inválidos.

La experiencia de la Dirección General de Rehabilitación en el desarrollo de los programas de rehabilitación en salud pública, dió nacimiento en el año de 1972 a un modelo de atención a inválidos que incluye: aprovechamiento óptimo de los recursos destinados a la rehabilitación; ampliar el rango del concepto tradicional desde la prevención de invalideces evitables, hasta la colocación de los inválidos rehabilitados en las fuentes laborales disponibles en la comunidad; sistematizar la rehabilitación en el diagnóstico médico, psicológico, psicopedagógico, vocacional y social; la terapia física, ocupacional, del lenguaje, psicoterapia, socioterapia y orientación vocacional; la educación especial para: - sordos, ciegos, deficientes mentales e inválidos del sistema músculo esquelético; la capacitación para el trabajo de acuerdo a la aptitud y capacidades del inválido en estrecho a

coplamiento con las posibilidades de trabajo en la comunidad y la asistencia social.

La integración de distintas especialidades obligatoriamente demandadas por las necesidades de los inválidos, la concepción universalista en la atención de la invalidez, la limitada disponibilidad de recursos financieros y la magnitud con incremento creciente de la invalidez, fueron los elementos utilizados en la planeación de un modelo institucional como eje central de norma, asesoría y supervisión de los programas estatales de rehabilitación.

Siendo la rehabilitación integral un proceso multidisciplinario, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se coordinó con la Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos de los Estados de la República, para llevar a cabo el establecimiento de servicios de rehabilitación y educación especial a través de la creación de Centros de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.), cuyos programas contribuirán al desarrollo económico y social del país.

II. JUSTIFICACIONES

- 1a. El incremento creciente de la invalidez como daño a la salud y al bienestar social de la población, cuantificado del 7 al 10% para la República Mexicana.
- 2a. Aprovechamiento óptimo de los limitados recursos humanos, materiales y financieros en la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.

III. POLITICAS

- 1a. Atención integral del inválido en sus necesidades de salud, de educación especial, de capacitación para -

el trabajo, de colocación laboral y de asistencia social.

- 2a. Proporcionar atención básicamente a inválidos del sistema músculo esquelético, visuales, de la comunicación humana, deficientes mentales y sociales.
- 3a. Cubrirá en forma total las necesidades de la población inválida de la entidad, de acuerdo a la magnitud de su capacidad y a la implementación de su programa.

IV. OBJETIVOS

Generales:

- 1o. Abatir la magnitud del daño que la invalidez causa a la población.
- 2o. Participar en la incorporación de inválidos a la sociedad, por medio de la medicina de rehabilitación.

Específicos:

- 1o. Prevenir, atender y controlar precoz y oportunamente los problemas de invalidez que afecten a la población del área de influencia.
- 2o. Obtener y actualizar la información sobre la distribución geográfica, características clínicas y epidemiológicas de las diferentes formas de presentación de la invalidez.
- 3o. Promover y coordinar la participación de los sectores salud, educación, trabajo y asistencia social para la prevención de invalidez y la atención integral de los inválidos.

V. METAS

- 1a. Proporcionar rehabilitación integral al 100% de la población que cubren los servicios de salud y educación.
- 2a. El Centro atenderá 3,000 casos nuevos por año.
- 3a. Se proporcionará educación especial a 500 niños por año.
- 4a. Participará en la capacitación e incorporación al trabajo productivo de 200 inválidos por año.

VI. FUNCIONES

- 1a. Médica y Paramédica
- 2a. Pedagógica
- 3a. Social
- 4a. Investigación
- 5a. Enseñanza
- 6a. Gobierno

VII. PROGRAMAS

1. PROGRAMA DE VALORACION DE CAPACIDADES RESIDUALES.

a) Subprograma de Valoración de Capacidades Físicas.

Actividades:

- Diagnóstico de medicina de rehabilitación
- Diagnóstico neurológico
- Diagnóstico ortopédico
- Diagnóstico pediátrico
- Diagnóstico oftalmológico

- Diagnóstico de la comunicación humana.

b) Subprograma de Valoración de Capacidades Psicológicas.

Actividades:

- Valoración del coeficiente intelectual
- Valoración de actitudes
- Valoración de integración de la personalidad
- Valoración de destrezas: manual, visual y motora
- Valoración de aptitudes
- Integración del pronóstico psicológico

c) Subprograma de Valoración de Capacidades Pedagógicas.

Actividades:

- Valoración de niveles de aprendizaje
- Valoración del rendimiento escolar
- Asesoría en técnicas de reforzamiento en el aprendizaje
- Clasificación de casos e integración de grupos
- Interpretación del rendimiento alumno-maestro, para retroalimentar la enseñanza-aprendizaje

d) Subprograma de Valoración de Capacidades Vocacionales y de Capacitación para el Trabajo.

Actividades:

- Valoración de la atención, concentración, observación, iniciativa, decisión, creatividad, responsabilidad y motivación de casos
- Valoración, capacidad de aprendizaje, capacidad funcional, tolerancia y hábitos de trabajo
- Valoración de antecedentes laborales y medios -

socioeconómicos

e) Subprograma de Valoración de Adaptación y Readaptación Social.

Actividades:

- Entrevista de valoración de desarrollo de relaciones sociales
- Entrevista de valoración para diagnóstico etiológico del caso y la dinámica familiar
- Entrevista de valoración para el seguimiento -- longitudinal del caso
- Entrevista de pronóstico de rehabilitación

2. PROGRAMA DE TERAPIAS.

a) Subprograma de Terapia Física.

Actividades:

- Terapia en mesa
- Hidroterapia
- Gimnasia terapéutica
- Gimnasia de la vida urbana

b) Subprograma de Terapia Ocupacional.

Actividades:

- De la vida diaria
- Cinéticas
- Psicomotoras

c) Subprograma de Terapia del Lenguaje.

Actividades:

- Entrenamiento auditivo
- Entrenamiento foniátrico
- Entrenamiento psicolingüístico

d) Subprograma de Terapia Psicológica.

Actividades:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo

e) Subprograma de Terapia Social.

Actividades:

- Manejo individual del caso
- Manejo familiar del caso

3. PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y ADAPTACIÓN DE AYUDAS.

a) Subprograma de Prótesis.

Actividades:

- Actividades de diseño
- Actividades de producción
- Actividades de adaptación y ajuste

b) Subprograma de Ortesis.

Actividades:

- De diseño
- De producción
- De adaptación y ajuste

c) Subprograma de Ayudas Visuales.

Actividades:

- De diseño
- De producción
- De adaptación

d) Subprograma de Ayudas Auditivas.

Actividades:

- De diseño
- De producción
- De adaptación

4. PROGRAMA DE EDUCACION ESPECIAL.

a) Subprograma de Deficientes Mentales.

Actividades:

- Estimulación precoz
- Maternal
- Preescolar
- Primera etapa
- Segunda etapa
- Tercera etapa
- Cuarta etapa

b) Subprograma de Problemas de la Comunicación Humana.

Actividades:

- Estimulación precoz
- Jardín de niños, en sus tres grados
- Escuela primaria, en sus seis grados

c) Subprograma de Ciegos y Débiles Visuales.

Actividades:

- Estimulación precoz
- Jardín de niños, en sus tres grados
- Escuela primaria en sus seis grados

d) Subprograma de Inválidos del Sistema Músculo Esquelético.

Actividades:

- Jardín de niños, en sus tres grados

- Escuela primaria, en sus seis grados

e) Subprograma de Inadaptados Sociales.

Actividades:

- Escuela primaria, en sus seis grados

f) Subprograma de Problemas de Aprendizaje.

Actividades:

- Métodos y técnicas de reeducación

- Lectura

- Escritura

- Cálculo

5. PROGRAMA SOCIAL.

a) Subprograma de Empleo de Inválidos.

Actividades:

- Reclutamiento

- Capacitación

- Colocación

b) Subprograma de Entrenamiento Vocacional (laboratorio de enseñanza tecnológica).

Actividades:

- Uso de instrumentos de medición

- Uso de herramientas

- Uso de máquina-herramienta

- Reconocimiento y manejo de materiales blandos

- Reconocimiento y manejo de materiales semiduros

- Reconocimiento y manejo de materiales duros

c) Subprograma de Adiestramiento Inespecífico.

Actividades:

- Formación de hábitos laborales
- Manejo de herramientas
- Manejo de materiales

d) Subprograma de Capacitación para el Trabajo.

Actividades:

- Teóricas
- Prácticas

e) Subprograma de Colocación Laboral (selectiva y --
protegida).

Actividades:

- Bolsa de trabajo
- Promoción hacia la empresa
- Seguimiento longitudinal

f) Subprograma de Recreación y Educación Física.

Actividades:

- Reclutamiento de candidatos
- Entrenamiento deportivo
- Organización de eventos de competencia

g) Subprograma de Desarrollo Socio-Cultural.

Actividades:

- Taller de música vocal e instrumental
- Taller de pintura y escultura
- Taller de danza y teatro
- Taller de arte dramático y disertación

h) Subprograma de Participación de Comités de Servicio.

Actividades:

- De promoción

- De obtención de fondos
- De servicio

i) **Subprogramas de Asistencia Social.**

Actividades:

- Becas
- Ayudas a indigentes

6. PROGRAMA DE ENSEÑANZA.

a) **Subprograma de Formación de Terapistas Físicos.**

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

b) **Subprograma de Formación de Terapistas Ocupacionales.**

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

c) **Subprograma de Formación de Terapistas del Lenguaje.**

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

d) **Subprograma de Formación de Enfermeras en Rehabilitación.**

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

e) Subprograma de Formación de Protésistas y Ortesistas.

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

f) Subprograma de Formación de Consejeros en Rehabilitación.

Actividades:

- Teóricas
- De servicio
- De investigación documental

7. PROGRAMA DE INVESTIGACION.

a) Subprograma de Investigación Epidemiológica.

Actividades:

- Diseño
- Desarrollo de la investigación
- Reporte y publicación

b) Subprograma de Investigación Psicopedagógica.

Actividades:

- Diseño
- Desarrollo de la investigación
- Reporte y publicación

c) Subprograma de Investigación Laboral.

Actividades:

- Diseño
- Desarrollo de la investigación
- Reporte y publicación

d) Subprograma de Investigación Social.

Actividades:

- Diseño
- Desarrollo de la investigación
- Reporte y publicación

8. PROGRAMAS ESPECIALES.

- a) Subprograma Estatal de Rehabilitación.
- b) Subprograma de Educación para la Salud en materia de Rehabilitación.
- c) Subprograma de Prevención de Invalidez.
- d) Subprograma de Estimulación Temprana al Parálptico Cerebral.
- e) Subprograma de Escuela para Padres y Familiares.

VIII. DESCRIPCIÓN ARQUITECTÓNICA Y FUNCIONAMIENTO.

AREA DE GOBIERNO

Consta de un vestíbulo con una oficina de recepción, dos cubículos: uno para la dirección médica y otro para la dirección pedagógica, una sala de juntas de valoración integral, un cubículo para biblioteca técnica con sala de descanso y oficinas administrativas apoyadas con servicios sanitarios.

En esta área se manejan los aspectos de la Dirección Médica, de Educación Especial y Administrativa del sistema.- Los especialistas en Medicina de Rehabilitación, en Educación Especial y en Rehabilitación Social, interactúan en el estudio de los problemas y deciden de común acuerdo al elegir las distintas alternativas que plantea la rehabilitación de los inválidos.

AREA DE DIAGNOSTICO O VALORACION DE CAPACIDADES

Esta área la integran un vestíbulo, recepción y archivo clínico, sala de espera, sanitario (mujeres), sanitario (hombres), consultorio de Medicina de Rehabilitación y electromiografía; consultorio de Ortopedia y yesos; consultorio de Neurología y cámara faraday; consultorio de Medicina de la Comunicación Humana y cámara sonoamortiguada; consultorio de valoración visual, radiodiagnóstico, rayos X, cuarto oscuro, archivo e interpretación; consultorio de valoración psicológica y cámara de observación; consultorio de valoración de capacidades vocacionales y ocupacionales; sala de juntas.

En esta parte del Centro de Rehabilitación y Educación Especial, se realiza un estudio exhaustivo individual de los casos de invalidez. En los aspectos médicos, el especialista en Medicina de Rehabilitación se apoya del Oftalmólogo, del especialista de la Comunicación Humana, del Ortopedista, del Psiquiatra, del Neurólogo, del Pediatra y del Médico general. Además integra el diagnóstico con la participación del Psicólogo, del Pedagogo, del Orientador Vocacional y del Trabajador Social.

AREA DE TERAPIA FISICA

Esta área está constituida por: una sala de espera, jefatura de terapeutas, sala de descanso; terapia en mesa y

aparatos electromédicos, hidroterapia, vestíbulo, tanque de remolino y tina de Hubbard, gimnasio terapéutico, gimnasio al aire libre, actividades de la vida urbana.

Aquí se cumplen los programas individuales de rehabilitación por inválido.

Dentro de la terapia física encontramos la terapia de mesa para la reeducación muscular y la aplicación de medios físicos a través de aparatos electromédicos; hidroterapia compuesta por la tina de Hubbard y el tanque de remolino que proporcionan al inválido hidromasaje, facilita la relajación muscular, elimina o abate el dolor y con ello se consiguen las modificaciones posturales, se mejoran los movimientos y se desarrolla una mejor coordinación; el gimnasio terapéutico, donde el uso metodológico de diversos dispositivos propician la corrección de marchas, defectos posturales, debilidad muscular, parálisis espásticas, flácidas, atetósicas, aprendizaje en el uso de ayudas, prótesis, ortesis, sillas de ruedas, muletas, bastones y otros dispositivos para agilizar la translación de los inválidos. El patio para la enseñanza de las actividades de la vida diaria urbana, con dispositivos para que el inválido aprenda a desplazarse sobre superficies duras, semiblandas y blandas, suba y baje banquetas, cruce calles y avenidas.

AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Que incluye: sección para actividades de la vida diaria, sección para actividades cinéticas y sección para actividades psicomotoras.

Para la terapia ocupacional se utilizan 3 secciones fundamentales: una para el aprendizaje o la reeducación en actividades de la vida diaria, consistentes en el uso de los dispositivos de aseo personal, de manejo y arreglo de muebles de sala, recámara, comedor, cocina, baños y retrete, a-

sí como todo tipo de accesorios para el control de agua, energía eléctrica y gas.

Una segunda sección implementada por una serie de dispositivos, casi todos ellos procedentes de las actividades artesanales para confeccionar artículos de madera, piel, cerámica, cestería, grabado y otros específicamente destinados a propiciar la adquisición y corrección de algunos movimientos limitados, deformados o perdidos por la secuela invalidante.

Todas estas actividades se engloban con la denominación de cinéticas, que incluyen además el uso de telares manuales en diferentes dimensiones, en los cuales los inválidos ponen en movimiento miembros superiores, miembros inferiores y músculos del tronco para la corrección de defectos posturales.

Una tercera sección denominada de actividades psicomotoras, donde el inválido mediante el uso de sillas de relajación, mesas de estabilidad y una serie de dispositivos estimulantes de consistencia, forma, color, sonido, propician el reforzamiento del vigor, la destreza, la coordinación y corrección de sus limitaciones psicomotrices.

ÁREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE

Constituida por 4 cubículos para terapia individual, con su respectiva área de observación.

Los inválidos con problemas de audición, voz y lenguaje, son atendidos en el área de terapia del lenguaje, donde mediante dispositivos mecánicos, eléctricos y electrónicos son estimulados sistemáticamente a fin de que adquieran mayor amplitud en la percepción auditiva e integren un lenguaje acorde a la capacidad residual de cada uno de ellos.

AREA DE EDUCACION ESPECIAL

Está integrada por 4 cuerpos de edificios que disponen de 24 aulas tipo; 4 aulas de usos múltiples con dispositivo para proyección, laboratorio de producción de material didáctico, servicios sanitarios para niños y personal, y 4 patios de actividades cívicas.

El área de Educación Especial está compuesta de 24 aulas para atender la fase formativa de la educación básica a inválidos del aparato locomotor, deficientes mentales, sordos y ciegos.

El aula tipo consta de los dispositivos de observación, sanitarios para la educación fisiológica, audiovisuales específicos para cada tipo de problema, complementada con un área al aire libre para actividades recreativas y formativas en relación a las necesidades de socialización.

Para uso colectivo, los conjuntos disponen de un aula para usos múltiples y un patio para las actividades cívicas.

La educación especial se proporciona de acuerdo al programa individual generado en el área de diagnóstico y tiene como salidas la educación regular o la capacitación para el trabajo.

AREA DE ORIENTACION VOCACIONAL Y CAPACITACION PARA EL TRABAJO

El área de orientación vocacional y capacitación para el trabajo está constituida por vestíbulo, cubículo para dirección y secretaría, sala de espera, laboratorio de enseñanza tecnológica e individual, 4 talleres de capacitación para el trabajo, sanitarios, bodegas y cámaras de observación.

Esta área cuenta con la sección de adiestramiento in

específico, constituida por un taller de laboratorio básico de enseñanza tecnológica e industrial, el que está dotado de mesas de diseño, corte y armado de diferentes tipos de materiales; herramientas y máquinas-herramientas para el manejo de materiales blandos, semiblandos y duros. Los inválidos adquieren destreza en el manejo de instrumentos de medición, la elección de herramientas de corte y unión de materiales por ensamble cocido, uso de pegamentos, clavos, tornillos, soldadura, así como la combinación de éstos en la fabricación de juguetería, confección de vestidos, mobiliario y otros utensilios para uso doméstico, así como la reparación de toda clase de aparatos electrodomésticos.

El taller básico de enseñanza tecnológica industrial es una instalación eminentemente formativa para los hábitos y la disciplina indispensables en el manejo de herramientas y maquinaria destinada a la producción de bienes. Su carácter universalista permite la salida de los inválidos al área de capacitación para el trabajo perfectamente elegida desde el punto de vista vocacional y de aptitud residual que la invalidez haya dañado al paciente.

En los talleres de capacitación específica, el inválido adquiere la ejecución eficiente de un oficio o de un puesto como obrero industrial, así como capacitación para puestos administrativos en instituciones de servicio comercial y bancario.

Este cuerpo de talleres de capacitación están implementados de acuerdo a la mejor oportunidad de empleo que la comunidad ofrezca, según estudio de mercado de trabajo.

AREA DE PRODUCCION DE PROTESIS Y ORTESIS

Cuenta con jefatura de taller, toma de medidas, ajustes, moldes, yesos, elaboración de partes, ensamblado, terminado, prueba y ajustes. La salida del inválido con su próte

sis y su ortesis, pasa a terapia física para recibir el entrenamiento para el mejor uso del aparato.

La producción de prótesis y ortesis, requiere del manejo de dispositivos de medición, herramientas y maquinaria para materiales plásticos, aluminio, acero y piel.

AREA DE ASISTENCIA SOCIAL

Esta área de asistencia social, está compuesta por un albergue temporal con dormitorios divididos para niños de primer ingreso, estacionados, con problemas de conducta y lactantes. Se proporcionarán servicios de urgencias médicas y curaciones, para lo cual existe consultorio médico, enfermería y farmacia. Los dormitorios disponen de baños y área de guarda.

El albergue cuenta con una pequeña área de gobierno, peluquería, bodegas, una caseta de vigilancia, 2 patios y 2 secciones de juegos al aire libre.

AREA RECREATIVA, DEPORTIVA Y CULTURAL

En esta área se dispone de un auditorio para 200 personas, equipado para traducción simultánea, camerinos para hombres y mujeres, cabina de proyección, vestíbulos, escenarios y bodega, y otras instalaciones para la práctica de deportes y juegos organizados.

Un auditorio para el desarrollo de actividades artísticas como teatro, danza, canto, declamaciones, oratoria, música vocal e instrumental.

Esta instalación además permite vincular a la comunidad, ya que es el área donde se desarrollan los programas de la escuela de padres.

AREA DE ACTIVIDADES ESTETICAS

Cuenta con vestíbulo, estudio de música, aulas de -- solfeo, sala de danza, taller de pintura, taller de escultura y modelado, taller de cerámica, taller de teatro, vestidores hombres-mujeres y cubículo para dirección con secretariado.

En esta área se inicia y se desarrollan las potencialidades artísticas de los inválidos. La inclusión de esta - actividad favorece la identificación y ubicación del individuo dentro del grupo familiar y su realización en la comunidad.

Además, esta área permite expresar a la comunidad el contenido y la bondad del programa en beneficio de los inválidos.

ORGANIZACION

Un subdirector Pedagógico, Maestro en Educación Especial, para niños en edad escolar, ciegos, sordos, deficientes mentales y con problemas del aparato locomotor; enseñanza básica tecnológica industrial y capacitación para el trabajo - de adolescentes y adultos.

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C. R.E.E.), tendrá un Director General Médico Especialista en - Medicina de Rehabilitación, con funciones básicas de direccción y control, apoyado por un Subdirector Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación, con funciones de integración del equipo multidisciplinario para el diagnóstico médico, psicológico, psicopedagógico, vocacional, ocupacional y social, y el control de la terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

Y un administrador, con funciones de control de presupuesto, caja, personal, adquisiciones, almacén, manteni- -

miento e intendencia.

ESTRATEGIA GENERAL DE TRABAJO

Al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C. R.E.E.), llegan los casos referidos por las instituciones de salud, oficiales, descentralizadas y privadas, médicos particulares, instituciones educativas (jardines de niños, escuelas primarias y de educación media, etc.), instituciones asistenciales (guarderías) y la comunidad en general.

Sin excepción se admiten todos los casos, aún aquellos severamente dañados, a fin de enseñar a la familia sobre la custodia de su inválido.

Bajo la coordinación del Especialista en Medicina de Rehabilitación, se realizan los estudios de función neuromuscular, articular, deambulación, uso de las manos, desempeño de actividades de la vida diaria, visión, audición, voz y lenguaje, estudios pediátricos sobre crecimiento y desarrollo y exámenes especiales neurológicos, psicopedagógicos, vocacionales y sociales.

Analizados los estudios de valoración multidisciplinaria, se estructura el programa de rehabilitación individual, el cual se ajusta en horario, de manera que el paciente reciba en forma paralela o secuencial los servicios de terapia, de educación especial y participe en las actividades sociales y recreativas.

5. PARTICIPACION DEL PSICOLOGO A NIVEL PLURIDISCIPLINARIO

El papel del psicólogo dentro del equipo pluridisciplinario de un Centro de Rehabilitación y Educación Especial consiste en dos actividades principales, su participación en la Valoración y Rehabilitación Integral del paciente.

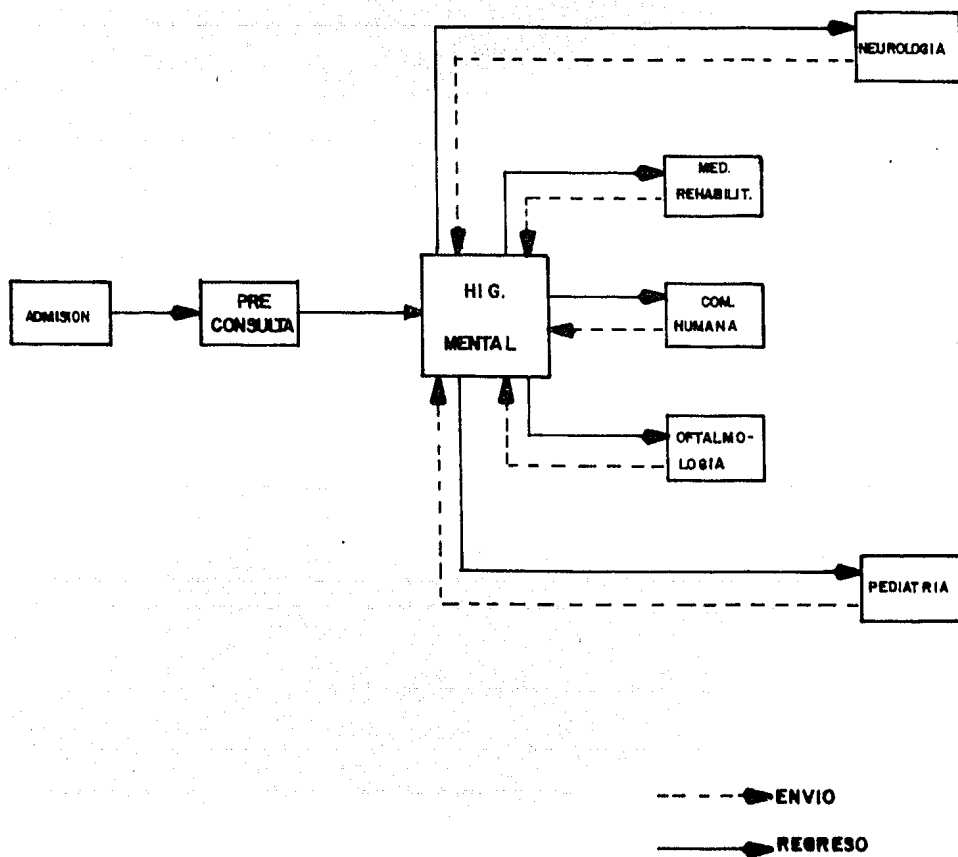
5.1 Participación en la Valoración Integral.

Para poder hablar de la participación del psicólogo en la Valoración Integral de los pacientes, consideramos conveniente aclarar que la organización actual del Centro varía en relación al Plan original mencionado en los capítulos anteriores.

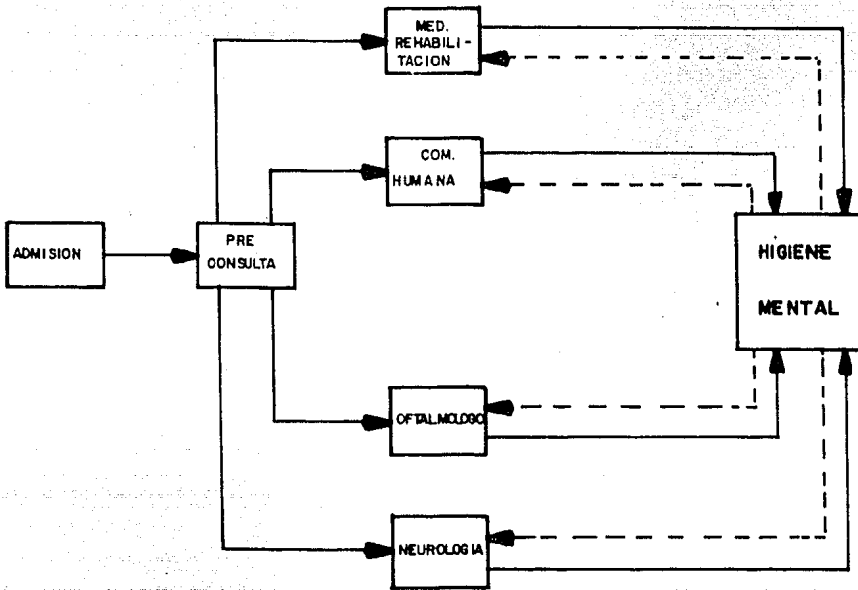
Actualmente el Centro funciona a partir de Servicios Básicos, tales como Medicina de Rehabilitación, Medicina de la Comunicación Humana, Higiene Mental y Oftalmología, además de otros Servicios de Apoyo como los de Neurología, Pediatría y Ortopedia.

Consideramos importante aclarar que el Servicio de Higiene Mental cubre una doble función, en ocasiones como servicio básico y en otras como servicio de apoyo.

En el caso en que el área invalidada predominante -- del paciente que es canalizado sea la deficiencia mental, o en el caso de los retardos en el desarrollo funciona como un servicio básico, siendo el psicólogo el responsable de canalizar al paciente a los demás servicios con objeto de lograr su Valoración Integral. En todos los demás casos, participa en ésta aportando su diagnóstico.



H. MENTAL COMO SERVICIO BASICO



- - - - -> ENVIO
 —————> REGRESO

H. MENTAL COMO SERVICIO DE APOYO

En cuanto a la utilización de los instrumentos tradicionales de medición para la capacidad intelectual, aplicados a la valoración de los pacientes que presentan una o varias formas de invalidez (consideradas éstas dentro de un amplio campo) como son las limitaciones del sistema músculo esquelético, los problemas de la comunicación humana o la del grupo de deficientes mentales, no es nuestra intención cuestionarla o poner en tela de juicio los fundamentos teóricos o estadísticos, tanto de validez como de confiabilidad de cada uno de los instrumentos empleados para tal fin.

Nuestro objetivo primordial en este capítulo es dar a conocer la utilización que nosotros hacemos de estos instrumentos y de manera especial del manejo y presentación de los datos que obtenemos, considerando que lo hacemos de una forma diferente a la convencional, fundamentada tanto en bibliografía y material actualizado como en la experiencia que hemos adquirido a través del manejo continuo de dichos instrumentos.

Esto nos permite un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, logrando un Diagnóstico Diferencial, diagnóstico por medio del cual el psicólogo ubicado dentro de un equipo multidisciplinario logra su objetivo primario: la valoración de los pacientes que le son enviados por todos y cada uno de los especialistas cuyo propósito común y fundamental es la Rehabilitación Integral del paciente.

Con estos antecedentes, y a manera de justificación, consideramos conveniente citar a Sattler (1977) ... "La evaluación de la capacidad intelectual es la meta primordial de quienes se dedican a aplicar una prueba de inteligencia individual. Sin embargo, los psicólogos que están preparados especialmente acerca de los problemas de los niños (fuera de los comunes y corrientes) al emplear una prueba de inteligencia, además de dar a conocer la puntuación de las pruebas y

la conducta durante ella; usualmente evaluarán el temperamento y ejecución de la prueba en general (en forma cuantitativa y cualitativa).

... Tratándose de una evaluación general, comunmente le aplicaremos al niño una batería de pruebas y los resultados de las pruebas de inteligencia quedarán integrado con los resultados de otras. De este modo, las hipótesis derivadas de las pruebas de inteligencia serán evaluadas de acuerdo con la ejecución en cierto número de pruebas proyectadas para un fin determinado, por ejemplo: pruebas de personalidad, pruebas visomotoras y pruebas de aprovechamiento.

... La evaluación psicopatológica es una tarea difícil. El examinador debe ser muy cuidadoso al rotular a un niño bajo una categoría diagnóstica. Según hemos visto, en la mayoría de los casos, la prueba de inteligencia no será el único instrumento empleado en el proceso de evaluación. Nunca se debe emitir un diagnóstico hasta que no se tome en cuenta toda la información a propósito para hacerlo..."

Partiendo de esta cita, sustentamos que la metodología empleada en la valoración de sujetos con áreas inválidas de diversa índole, en un C.R.E.E., no puede ni debe responder a expectativas de índole personal por parte del examinador. Dicha metodología debe responder a las necesidades del equipo de trabajo y estar apoyada en un profundo conocimiento del sujeto en estudio, así como de las técnicas que emplea, a fin de lograr un máximo aprovechamiento de ambos.

Si, como cita Ernest Newland ... "El examen psicométrico es la observación controlada de la conducta de un individuo al cual se le aplican estímulos de características conocidas de una manera conocida..." podemos decir que la aplicación de dichos instrumentos a sujetos con diferentes áreas invalidadas es justificada en la medida en la que son tomadas en cuenta dichas incapacidades para realizar las adapta-

ciones pertinentes.

Pensando que podemos considerar cualquier test como una estructura controlada de estímulos que se presentan a un sujeto de una manera uniforme, a fin de que las respuestas de ese sujeto ante estos estímulos puedan ser registradas y medidas, es de tener en cuenta el hecho de que las estructuras estandarizadas pueden ser alteradas sin disminuir el efecto de un test como instrumento de diagnóstico.

Frandsen, McCullang y Stone (1950) han realizado estudios sobre la alteración que supone el cambio de los estímulos en la versión de Binet (1937), sobre la validez del test, observándose que no se da ninguna variación cuando se utiliza esta variante psicométrica.

Un ejemplo de esta situación es la actitud de algunos psicólogos que prefieren comenzar el examen con elementos manipulativos o no verbales. Esta conducta tiende a establecer más rápidamente un buen rapport.

Nos inclinamos a adoptar dicha actitud ya que a un Centro de Rehabilitación y Educación Especial acuden en gran medida, tanto niños pequeños, como sujetos de un nivel cultural bajo que frecuentemente carecen de una estimulación adecuada y que poseen repertorios conductuales sumamente limitados. De igual manera pudiéramos citar ejemplos relacionados con cada una de las invalideces que se nos presentan como son: cegueras, sorderas y parálisis cerebrales, en las que nuestro objetivo primordial es obtener del sujeto tantas respuestas significativas como sea posible ante el contenido total del test empleado.

Es importante hacer hincapié en que todas las adaptaciones que puedan realizarse en el manejo de los instrumentos sirven sólo para el propósito de mejorar la comunicación entre el examinador y el examinado, teniendo presente no ha-

cer nada que altere la naturaleza de la conducta que va a -- ser muestreada.

Para poder llevar a cabo este tipo de valoraciones - es indudable el papel preponderante que juega la formación - del psicólogo, ya que debe conocer el papel de cada uno de - los tipos de conducta, en el proceso de aprendizaje. Debe - contar con evidencias de que el instrumento que utiliza para obtener estas muestras de conducta arroje datos válidos so-- bre esas facetas y además contar con un trasfondo normativo_ que le sirva para interpretar adecuadamente los resultados - de su muestreo.

5.1.1 Instrumentos Empleados.

Con los fundamentos anteriores podemos ahora descri- bir los instrumentos utilizados y los casos en que se utili- zan.

Una vez que el paciente es canalizado al psicólogo - por cualquiera de los especialistas del equipo, procedemos a elaborar la Historia Clínica Psicológica, en la cual, a tra- vés de la entrevista con los padres, obtenemos los datos más relevantes en cuanto al desarrollo psicomotor del paciente, - sus relaciones con el medio ambiente familiar, escolar y su comportamiento.

Así, partiendo de la Impresión Diagnóstica (I.D.) da da por el especialista que canalizó al paciente y los datos_ proporcionados en la entrevista, procedemos a seleccionar -- los instrumentos que habrán de formar la batería de trabajo_ más adecuada. Los criterios empleados en la selección de -- los instrumentos son la edad cronológica y el área o áreas - invalidadas.

El trabajo se inicia con la exploración de conceptos llamados por nosotros "básicos", tales como: conocimiento -

del esquema corporal, la discriminación de formas, tamaños y colores, la noción de izquierda-derecha, etc.

Con el fin de presentar los instrumentos empleados - de una manera objetiva y clara, dividiremos en grupos a los pacientes, tomando en cuenta su edad cronológica sin que ésta constituya por sí misma una clasificación definitiva.

En los pacientes cuya edad va de 4 semanas a 3 años, cualquiera que sea su área invalidada, así como aquellos en los que el grado o carácter de su atipicidad o un severo retardo en el desarrollo no les permite una ejecución evaluable con los instrumentos que corresponderían a su edad, se emplea la Escala del Desarrollo Evolutivo de Arnold Gesell ó la Escala del Desarrollo del Preescolar de Doll (P.A.R.).

En los sujetos mayores de 3 años pero menores de 5 años ó meses, se aplica la Escala de Inteligencia Stanford-Binet, Revisión Terman-Merrill Forma L-M (TERMAN).

A partir de los 5 años ó meses se aplica toda la batería correspondiente si las capacidades residuales del paciente lo permiten, la cual consta de tests de inteligencia y de percepción visual como: el Test de la Figura Humana -- (GOODENOUGH), Test de Matrices Progresivas de Raven (escala especial), Escala de Inteligencia de Weschler para Niños -- (WISC), Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender (BENDER) Método de Evaluación de la Percepción Visual de Marianne -- Frostig (FROSTIG).

En los casos en los que se requiere explorar funciones específicas de una manera más fina, que confirmen o amplíen los datos obtenidos en la batería comunmente empleada, aplicamos las sub-pruebas correspondientes en el Terman

En sujetos adultos, de igual manera, si sus capacidades residuales lo permiten, se aplica la batería correspondiente que consta de tests de inteligencia y percepción vi--

sual tales como: Test de Matrices Progresivas de Raven (escala general), Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS) y Test Gestáltico Visomotor de Bender. Con objeto de detectar posibles alteraciones perceptuales se emplea el Frostig aún en este caso de no corresponder a la edad cronológica.

A partir de esta revisión general podemos llevar a cabo una selección más fina de los instrumentos, acorde con el área invalidada del sujeto.

Por ejemplo, en el caso de los pacientes pequeños -- con limitaciones en la audición (hipoacusias, sordomudez), -- empleamos la batería que corresponde a su edad, exceptuando las partes que implican expresión oral. La interpretación y manejo de datos implica, como lo menciona Reed (1970), ... "Un alto grado de habilidad y una vasta experiencia con niños sordos..."

De igual manera, en el caso de pacientes con alteraciones músculo-esqueléticas, deberán aprovecharse al máximo los componentes verbales de los instrumentos empleados, tanto como su capacidad para dar por cualquier otro medio, confiables sus respuestas.

Otro grupo que consideramos importante mencionar por ser el C.R.E.E. la única institución en los estados de México, Michoacán y otros, que cuenta con el personal especializado para atenderlo, es el de los llamados "Problemas de Aprendizaje". Los niños con defectos para el aprendizaje son los que desde el punto de vista educativo presentan discrepancias entre sus potenciales estimados y su nivel de funcionamiento real. Sus incapacidades están relacionadas con -- trastornos fundamentales en el proceso de aprendizaje, que pueden estar acompañadas o no por un daño evidente en el Sistema Nervioso Central. Las incapacidades en este grupo de pacientes no son secundarias a retardo mental, a carencias --

culturales o educativas, a trastorno emocional grave, o a menoscabo sensorial. Por eso no se debe aplicar la denominación de incapacidad de problemas de aprendizaje hasta que no se haya excluido una serie de padecimientos como causales de terminantes.

La literatura señala para la evaluación de estos casos el uso de la batería correspondiente a su edad, de la --cual nosotros partimos para integrar un Diagnóstico Diferencial Fino, analizando el rendimiento del sujeto en las sub--pruebas que incluyen específicamente funciones perceptuales, tanto auditivas como visuales.

También señala la conveniencia del uso de otras escalas tales como: la de Detroit—Engels de aptitud para aprender, la prueba de Illinois de Capacidades Psicolingüísticas, Pruebas de Formación de Conceptos y las Pruebas de lectura oral y de aprovechamiento de amplio rango que en el Centro --quedan como responsabilidad de la Pedagogía.

En el caso de sujetos con problemas severos de personalidad, la evaluación y manejo queda a cargo del Jefe del --Servicio de Higiene Mental.

5.1.2 Manejo de los Datos

Describiremos el manejo que hacemos de los datos ob--tenidos de cada uno de los instrumentos empleados.

Escala de Inteligencia Stanford-Binet

Revisión Terman-Merrill.

Manejamos los datos obtenidos en esta escala a par--tir de la clasificación realizada por Sattler (1965), publi--cada en español en 1977. Esta se ofrece como un medio para ordenar los datos que proceden de la Stanford-Binet y como --un procedimiento adecuado para describir las ejecuciones en diversas categorías:

A PARTIR DE
ESTA PAG.

FACIL DE
ORIGEN.

Lenguaje:

Esta categoría comprende las pruebas referentes al vocabulario, en cuanto a su madurez (considerando el número de palabras que el niño puede definir), su calidad (medida por el uso de palabras abstractas, rimas, repetición y definiciones) y en cuanto a comprensión de las relaciones verbales.

Memoria:

Esta categoría contiene pruebas de memoria, respecto a conceptos con significado, de memoria respecto a conceptos sin significado y de memoria visual. Se considera que las pruebas reflejan la memoria auditiva inmediata, la memoria de ideas y el grado o alcance de la atención.

Pensamiento conceptual:

Esta categoría aunque se asocia íntimamente con la capacidad de lenguaje, se refiere básicamente al pensamiento abstracto. Se agregan funciones tales como la generalización, el pensamiento conceptual y a la utilización de categorías de lenguaje.

Razonamiento:

Esta categoría incluye pruebas de razonamiento verbal y de razonamiento no verbal. El razonamiento incluye la percepción de relaciones lógicas, la capacidad discriminativa, el análisis y la síntesis.

Razonamiento numérico:

Esta categoría abarca las pruebas que implican los problemas de razonamiento aritmético. El contenido está íntimamente ligado con el aprendizaje escolar. El razonamiento numérico involucra la concentración y la capacidad de generalizar a partir de datos numéricos.

Visomotora:

Esta categoría comprende las pruebas que se relacionan con la destreza manual, la coordinación entre ojo-mano y la percepción de las relaciones espaciales. La capacidad de razonamiento no verbal puede estar involucrada con algunas de las pruebas visomotoras.

Inteligencia social:

Esta categoría incluye tanto la madurez social como el juicio social.

Este esquema de clasificación indica que los primeros niveles de año de la escala miden funciones tales como las capacidades visomotoras, el razonamiento, la inteligencia social y la habilidad del lenguaje. El desarrollo del lenguaje se evalúa a través del conocimiento que tiene el niño de los objetos comunes que se encuentran en su medio ambiente. Su conocimiento del mundo social se refleja, en parte, mediante la interpretación de los dibujos o ilustraciones y por medio del conocimiento de las funciones de varios objetos.

Durante los años medios (escolares) de la infancia, se desarrollan funciones cognoscitivas más avanzadas. La capacidad para la memoria aumenta en cuanto a complejidad. La importancia que se le concede en la escala al pensamiento conceptual también aumenta. Las pruebas visomotoras aún se encuentran representadas en los años medios del desarrollo pero con menos frecuencia que en el período preescolar.

La capacidad para el cálculo aritmético se adquiere durante los años medios de la infancia.

Las funciones de lenguaje durante el período comprendido entre los 2 y los 5 años actúan alrededor de frases descriptivas sencillas que se refieren a objetos comunes en el

medio ambiente del niño. Sin embargo, a partir de los 6 años (de edad cronológica) las funciones del lenguaje se miden con estímulos verbales y para tener éxito se requieren descripciones con frases de más complejidad. Una vez cumplidos los 9 años, existen tareas más variadas. Muchas de las tareas que están relacionadas con las funciones de lenguaje pueden así mismo reflejar la capacidad de razonamiento. Durante el período de la adolescencia, el razonamiento verbal adquiere mayor importancia.

Durante la adolescencia, las funciones de memoria se siguen desarrollando a lo largo de las líneas establecidas en los años previos.

En el transcurso del período posterior a la adolescencia, el área en que se pone mayor relieve, además de la capacidad de lenguaje, es la del pensamiento conceptual.

Este esquema no se emplea con el propósito de dar informes acerca de las capacidades especiales, pero es útil para describir la ejecución del sujeto en una forma cualitativa.

Este, como otros sistemas de clasificación, sirve como guía aproximativa y provisional para agrupar las pruebas en la escala con el fin de formular hipótesis acerca de las capacidades del sujeto, que resulta de utilidad para el trabajo de diagnóstico que se basa en la prueba Stanford-Binet.

En mayor proporción que la mayoría de las pruebas, la Stanford-Binet posibilita la observación de los métodos de trabajo del sujeto, su toma de contacto con el problema y otros aspectos cualitativos de la ejecución.

Toda observación cualitativa efectuada en el curso de la aplicación de la prueba debe, desde luego, reconocerse claramente como tal, y no ha de interpretarse de la misma manera que las puntuaciones objetivas de la prueba. El valor

de las observaciones cualitativas dependen en gran medida de la habilidad, experiencia y auténtica formación psicológica del examinador, así como de su conocimiento de las fallas y limitaciones de este tipo de observación.

Método de Evaluación de la Percepción Visual (Frostig)

Según definición de Marianne Frostig ... "La percepción visual es la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos asociándolos con experiencias anteriores. La percepción visual no es simplemente la facultad de ver en forma correcta. La interpretación de los estímulos visuales está en el cerebro, no en los ojos.."

De esta manera, este método nos permite explorar el desarrollo de 5 áreas de la percepción visual, cada una de las cuales se desarrolla en forma relativamente independiente de las otras, existiendo una relación específica entre ellas y la capacidad del niño para aprender.

Como cita la autora (1973), estas 5 habilidades de la percepción visual son las únicas involucradas en el proceso total de la percepción visual, pero se les considera como partes muy importantes de dicho proceso y de preponderancia particular en el desenvolvimiento escolar.

Partiendo de estas aseveraciones y contando con el material proporcionado por el Departamento de Psicología de la Dirección General de Educación Especial, no sólo nos concretamos a hacer una interpretación cuantitativa de los datos obtenidos en la aplicación del método, sino que analizamos la relación que cada una de las áreas evaluadas tiene con el aprendizaje escolar.

Las 5 áreas de la percepción exploradas por este método y sus implicaciones académicas son:

Coordinación visomotriz:

Es la capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo y de sus partes. La ejecución uniforme - de toda acción en cadena depende de la adecuada coordinación visomotriz.

Resultados de la incapacidad en esta área:

Dificultad para la realización de tareas sencillas - que implican coordinación motora gruesa y/o fina.

Figura Fondo:

Es la habilidad para destacar una figura o estímulo_ del campo perceptual. La figura es el centro de atención -- del observador. Cuando el observador cambia su atención a otro objeto, el nuevo foco de atención se convierte en la figura, y la figura anterior se disuelve en el fondo, pero además un objeto no puede ser percibido correctamente sino se - percibe en relación a su fondo, es por ello que estos dos e- lementos son inseparables.

Resultados de la incapacidad en esta área:

El niño presentará, entre otras, las siguientes con- ductas: aparece como poco atento y desorganizado, su aten- ción es dispersa y pasa fácilmente a otros estímulos que in- terfieren, presenta dificultad para la ubicación espacial en la página, y omite palabras y renglones al leer.

Constancia de formas:

Es la habilidad para percibir un objeto que posee diferentes propiedades como figura, posición, tamaño, a pesar_ de las variantes de su patrón representativo. La constancia de formas se refiere a percepción en dos y tres dimensiones.

Resultados de la incapacidad en esta área:

Confundirá figuras, letras, palabras y números cuan-

do éstos tengan dimensiones, posiciones o planos de presentación diferentes. Le será difícil aprender a leer y a trabajar con símbolos.

Posición en el espacio:

Es la habilidad para percibir la posición de los objetos en el espacio con relación al observador. Para lograr percibir la posición de los objetos dentro del espacio con relación a sí mismo, el niño necesita aprender el significado de palabras como adentro, abajo, afuera, arriba, atrás, a delante, etc. Además necesita conocer correctamente su cuerpo, todo ésto forma la conciencia corporal en la que hay -- tres elementos: Concepto corporal, es el conocimiento intelectual que se tiene del propio cuerpo, es adquirido de una manera consciente, incluyendo también el conocimiento de las funciones del cuerpo; Imágen corporal, es la experiencia subjetiva del propio cuerpo, la sensación de sí mismo; Esquema corporal, este es completamente inconsciente y cambia de un momento a otro, es la idea de posición.

Resultados de la incapacidad en esta área:

Dificultad para interpretar el significado de los -- conceptos que indican posición en el espacio o dirección (arriba, abajo, etc.) y como resultado, confundirá letras, números y palabras entre los que su diferencia es el lugar que ocupan en el espacio, invertirá números y letras al escribir los.

Relaciones espaciales:

Es la habilidad para percibir la relación dentro del espacio de dos o más objetos entre sí y la relación de éstos con uno mismo.

Resultados de la incapacidad en esta área:

El niño confunde o traspone palabras al leer, escri-

bir o deletrear, presentando así mismo, dificultad para leer mapas y gráficas, dificultad para recordar los procesos aritméticos, de la multiplicación, de la división y para el aprendizaje de sistemas de medida.

Escala de Inteligencia de Weschler para Niños (WISC)

Los datos obtenidos de la aplicación de esta escala son manejados con dos enfoques. El primero está basado en la tradicional clasificación de las funciones subyacentes y los factores que influyen en la ejecución de la escala según Weschler.

El segundo enfoque es el educacional, el cual se basa en el Manual de la Interpretación Educacional de la Escala de Weschler para Niños, de W. Ferinden Jr. y S. Jacobson, autores que afirman la necesidad de reconocer las diferencias individuales en los niños. Al remediar las deficiencias en el aprendizaje, los educadores están interesados en mejorar el aprovechamiento en las áreas académicas específicas. Sin embargo, hay ciertas habilidades cognitivas de las cuales depende el logro académico. A través del análisis de estos patrones de habilidades cognitivas, agrupando tales habilidades y aplicando los principios del aprendizaje el profesional competente estará mejor capacitado para llevar a cabo un programa de remedio.

También señalan los autores que el examinador experimentado puede determinar las áreas de deficiencia en el aprendizaje con un alto grado de precisión, independientemente de las calificaciones obtenidas en los subtests. Una vez que las áreas deficientes estén determinadas, se sugieren recomendaciones para un tratamiento educacional adecuado e individualizado.

A continuación mencionaremos las implicaciones educa

tivas de cada subtest:

Información:

Este subtest mide el pensamiento asociativo y comprensión general de los hechos o conocimientos que se adquieren, tanto en la casa como en la escuela.

Comprensión:

Este subtest mide el uso que hace el sujeto del sentido común, del juicio y del razonamiento, así como el juicio en situaciones prácticas.

Este subtest requiere que el niño sepa utilizar experiencias pasadas, para lograr la solución de problemas y situaciones de sentido común.

Aritmética:

Este subtest mide la habilidad del sujeto para aplicar procesos aritméticos básicos en la solución de problemas personales y sociales. Requiere que el niño manipule complejos patrones de pensamiento, la posibilidad de seguir instrucciones verbales, de concentrarse sobre estímulos específicos y de utilizar conceptos abstractos, operaciones numéricas y números.

Semejanzas:

Este subtest mide tanto habilidades de razonamiento abstracto como razonamiento concreto.

Involucra la formación de conceptos verbales, la capacidad de razonamiento asociativo y de memoria remota.

Vocabulario:

Este subtest mide la habilidad de comprender palabras y refleja el nivel de educación y el del medio ambiente.

Mide también la habilidad verbal, el rango de ideas, el nivel de información y los grados de habilidad de razonamiento.

Retención de dígitos:

Este subtest evalúa la habilidad de recordar información auditiva en una secuencia determinada.

Requiere del niño la habilidad de fijar la atención y la habilidad de sintetizar y organizar, en una situación estructurada.

Completamiento de figuras:

Este subtest mide la habilidad de visualizar detalles importantes y de identificar estímulos familiares del medio ambiente (escuela y hogar).

Ordenamiento de dibujos:

Este subtest mide la habilidad de ver una situación total, basada en la comprensión visual, en la organización visual y en experiencias ambientales adecuadas.

Diseño con bloques:

Este subtest mide la habilidad de percibir, analizar, sintetizar y reproducir diseños abstractos.

Utiliza formación de conceptos no verbales, capacidad de mantener un esfuerzo, coordinación visomotora, habilidades de pensamiento abstracto y concreto y la habilidad general para planear y organizar.

Ensamble de objetos:

Este subtest mide la coordinación visomotora, habilidades sencillas de ensamblar, de observar relaciones espaciales, y de síntesis de partes concretas en un todo con sentido.

Símbolos de dígitos:

Este subtest mide la flexibilidad en nuevas situaciones de aprendizaje.

La capacidad para aprender habilidades visomotoras - de una experiencia repetitiva, de absorber nuevo material en un contexto asociativo y la habilidad psicomotora de manipular un lápiz con velocidad y precisión.

5.2 Participación para la Rehabilitación Integral.

Uno de los medios más valiosos en que interviene el psicólogo dentro de esta Rehabilitación Integral es por medio de su valoración, ya que ésta es fundamental, sea cual fuere el área invalidada del paciente, tanto para su ubicación dentro o fuera del Centro como en la elaboración de los diferentes Programas Rehabilitatorios.

Otra actividad que desempeña es el seguimiento del caso, tanto a través de la comunicación directa con el especialista responsable como con los demás profesionales que intervienen en dichos programas, sea dentro del área de Terapias o la de Educación Especial; realizando también revaloraciones que permiten evaluar los avances dentro del Tratamiento Rehabilitatorio.

Una actividad que ya ha sido mencionada dentro del inciso del funcionamiento del Centro y que le permite al psicólogo mantener comunicación con los demás especialistas es su participación activa en las Juntas del Consejo Técnico Interdisciplinario. El objetivo de estas Juntas es el análisis de los problemas, así como de las distintas alternativas de planteamiento de la Rehabilitación para los casos que son presentados.

La participación del psicólogo en el Plan de Trabajo

de Enseñanza le permite desempeñar con mayor eficiencia su papel dentro de la Rehabilitación.

El establecer comunicación no sólo por escrito a través del expediente clínico, sino personalmente del Servicio que canalizó al paciente, es otra de las actividades indispensables del psicólogo. A manera de breves ejemplos mencionaremos los siguientes:

Con la información recibida del psicólogo, el especialista en Medicina de la Comunicación Humana norma su criterio para adaptar un auxiliar auditivo a un niño con hipoa-cusia, pues ese paso no sólo depende del estudio audiológico sino también de sus capacidades residuales para el aprendizaje, de tal grado que le permitan hacer uso efectivo de dicho auxiliar. En caso contrario sería un gasto oneroso para la familia y poco útil para el paciente desde el punto de vista de la Rehabilitación Integral.

Citando algunos casos neurológicos podemos decir que aunque no se haya dentro del dominio del psicólogo determinar la presencia o ausencia de lesiones cerebrales, si puede sin embargo, detectar algunos síntomas que amplían el estudio del neurólogo, situación que frecuentemente se presenta y en donde el psicólogo solicita la intervención del especialista con objeto de confirmar o descartar una posible organización, intercambio que debe resultar en beneficio del paciente.

En el caso del Area de Educación Especial no nos contentamos a hacer los trámites necesarios para la canalización de los niños, sino que tratamos de establecer comunicación personal, ya con la Directora del Area, ya con el Maestro responsable, tanto para ampliar la información del reporte, cuando fuese necesario, como para comentar los problemas que fuere presentando el niño en el salón de clase.

De igual manera, al referirnos al manejo en las tera

pías, es frecuente que el terapeuta físico, ocupacional o de lenguaje, recurran al psicólogo que valoró al paciente para solicitar orientación sobre el manejo adecuado cuando existen en él severos problemas de conducta que interfieren con el proceso rehabilitatorio.

El mecanismo por el que el psicólogo incluye a la familia dentro del Proceso Rehabilitatorio Integral es el de sesiones o entrevistas con los familiares del paciente, teniendo como objetivo además de informarles la situación real de su hijo, el de dar una amplia orientación sobre el manejo conductual adecuado dentro del núcleo familiar, no sólo para modificar aspectos psicológicos, sino como una colaboración activa en el proceso de la Rehabilitación Integral.

6. PRESENTACION DE DATOS

6.1 Perfiles

Con el fin de comunicar a los demás participantes -- del Equipo los resultados obtenidos en el estudio realizado al paciente, se elabora un Informe Psicológico, el cual se a nexa al Expediente Médico y varía de formato según la información que se desee proporcionar.

En general, éstos se diseñan de dos maneras o formas:

Informe convencional, el cual cuenta con una ficha - de identificación, descripción de los instrumentos utiliza-- dos, los resultados obtenidos de la aplicación de éstos y -- las conclusiones y sugerencias.

Este formato se utiliza generalmente cuando se aplica Gessel o Terman y no se cuenta con los equivalentes de edad.

El segundo tipo de Informe Psicológico lo consideramos una manera novedosa y objetiva de presentar los datos, - consta de una ficha de identificación, un perfil psicológico en el cual en la abscisa se registran los equivalentes de edad obtenidos de los respectivos manuales; en la ordenada se consignan los nombres de cada uno de los subtest de las pruebas empleadas.

Una vez señalados los equivalentes de edad en la columna correspondiente, estas puntuaciones se unen formando u na gráfica, señalándose la edad cronológica del paciente con una línea horizontal.

Esta gráfica nos permite tener una visión clara y ob jetiva del rendimiento del paciente.

Esta gráfica se llena con las funciones incluidas en

cada uno de los subtest, variando aquéllos según el propósito de la información.

Cuando el informe va dirigido al personal médico y paramédico, se utilizan las funciones psicológicas que incluye cada subtest (Cuadro 1).

En el caso de pacientes candidatos a Educación Especial o Escolares, se utilizan las implicaciones educacionales (Cuadro 2).

Dentro del mismo informe se realiza una descripción detallada que nos permite un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos. En el caso de pacientes escolares o candidatos a la Escuela de Educación Especial se incluye la interpretación de tipo Educacional de cada una de las pruebas aplicadas, ésto con el propósito de servir de guía para la formación de un tratamiento educacional e individualizado.

La última parte de este informe lo constituyen las conclusiones y sugerencias de tipo tanto psicológico como pedagógico (I.D.).

Se anexan perfiles para ejemplificar el manejo de los datos en pacientes de diversas atipicidades.

INFORME PSICOLOGICO

TITULO: _____ FECHA DE NAC: _____ E.C.: _____

I. = MOTIVO DE EVALUACION: _____

II. = INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELLECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC () WISC-R ()

NIVEL VISO-PERCEPTUAL MOTOR: Bender ()

NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

III. = INTEGRACION EN LA VISTA CLINICA Y PSICOLOGICA ()

IV. = INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO

Información	<i>Capacidad de retención (memoria) Asociación y organización de experiencias</i>
Comprensión	<i>Razonamiento con abstracciones</i>
Aritmética	<i>Razonamiento con abstracciones. Formación de conceptos. Retención.</i>
Analogías	<i>Análisis de relaciones. Formación de conceptos verbales (calidad)</i>
Vocabulario	<i>Desarrollo de lenguaje.</i>
Ret. dígitos	<i>Recuerdo inmediato</i> <i>Imaginación auditiva.</i>
Comp. figuras	<i>Percepción visual: análisis</i> <i>Imágenes visuales.</i>
Ord. dibujos	<i>Percepción visual de relaciones. Síntesis de material no verbal. Fluencia, Anticipación</i>
Mis. cubos	<i>Percepción de forma. Percepción visual: análisis y síntesis.</i>
Comp. cubetos	<i>Percepción visual: síntesis</i> <i>Integración visomotora. Anticipación</i>
Simb. dígitos	<i>Recuerdo inmediato. Integración viso-motora. Imitación y reproducción</i>
Coordinación Motora de los ojos	
Discriminación de figuras	
Constancia de forma	
Posición en el espacio	
Relaciones espaciales	

FROSTIG

INFORME PSICOLOGICO

NOBRE: _____ FECHA DE NAC: _____ E. C.: _____

I. = MOTIVO DE EVALUACION: _____

II. = INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC () WISC-R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender ()

NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA ()

III. = INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO

15.0	Información	<i>Información procedente de la experiencia y la educación.</i>
14.6	Comprensión	<i>Conocimiento práctico y juicio social</i>
14.0	aritmética	<i>Concentración y razonamiento aritmético</i>
13.6	Analogías	<i>Capacidad de razonamiento lógico y abstracto</i>
13.0	Vocabulario	<i>Conocimiento de las palabras procedentes de la experiencia y la educación</i>
12.6	Ret. dígitos	<i>Atención y memoria mecánica</i>
12.0	Comp. figuras	<i>Agudeza y memoria visual</i>
11.6	Ord. dibujos	<i>Interpretación de las situaciones sociales.</i>
11.0	Dis. cubos	<i>Análisis y síntesis de objetos abstractos</i>
10.6	Coer. objetos	<i>Síntesis de formas concretas.</i>
10.0	Simb. dígitos	<i>Lápides de aprendizaje y escritura en símbolos</i>
9.6	Coord. Viso motora	<i>Hab. de coordinar la vista con movimientos del cuerpo.</i>
9.0	Dis. Figura fondo	<i>Hab. para destacar una figura o est. multo del campo visual.</i>
8.6	Const. forma	<i>Hab. para percibir un objeto que posea diferentes propiedades</i>
8.0	ios. espacio	<i>Hab. para percibir una posición de los objetos en relación al observador</i>
7.6	Rela. espaciales	<i>Hab. para percibir la relación dentro del espacio de los objetos entre si.</i>

WISC

FROSTIG

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: J. F. G.

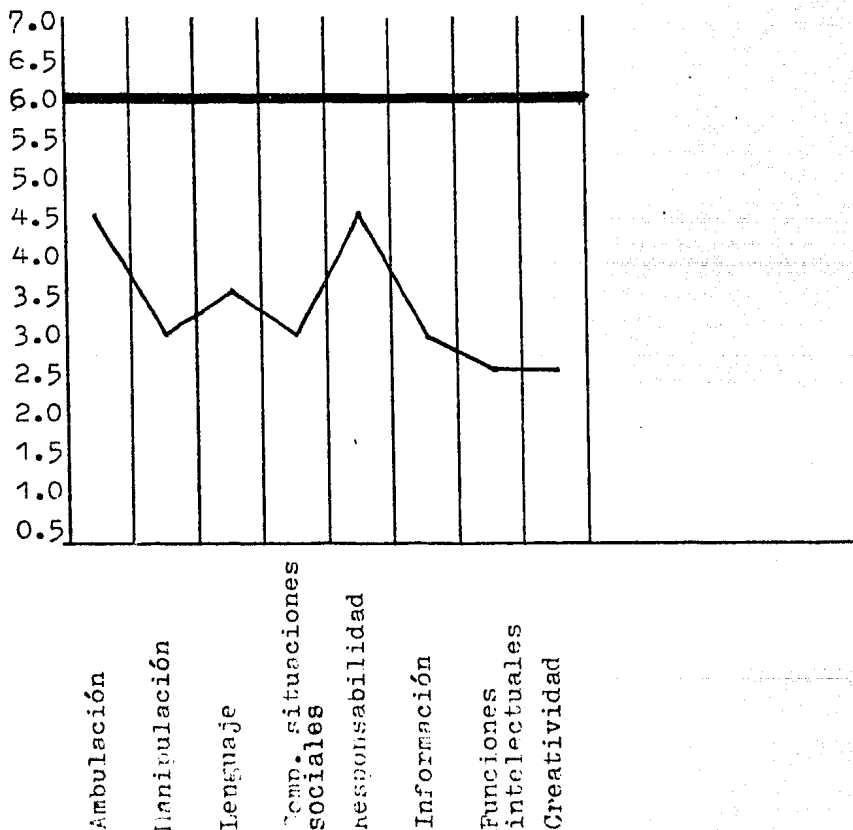
FECHA DE NAC: 11 - Septiembre - 1972 E.C.: 6 años

MOTIVO DE EVALUACION: Retardo en el desarrollo y Problemas de Lenguaje

INSTRUMENTO DE EVALUACION:

Escala de desarrollo del Pre-escolar (DOLL)

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente masculino de 6 años de edad que acude al -- Centro por presentar problemas en el aprendizaje escolar y -- alteraciones importantes en sus períodos pre y perinatales.

Es estudiado por el Servicio de Psicología aplicando la Escala del Desarrollo del Preescolar (DOLL), al perfilar_ podemos observar que todas las áreas exploradas se encuen- - tran deficientes en referencia a su edad cronológica, estan- do más conservadas la de ambulación, lenguaje y responsabi- lidad.

Es visto por el Servicio de Comunicación Humana que diagnostica Dislalias Múltiples.

La Impresión Diagnóstica dada por Psicología es un - Retardo Global en su Desarrollo aunado a un problema de len- guaje.

Sugerimos el manejo y canalización por el Servicio - de Medicina de Rehabilitación, ya que, de acuerdo a los nive- les de edad obtenidos, no se considera al paciente candidato para ingresar a la Escuela de Educación Especial del Centro.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: E. S. M FECHA DE NAC: 12 mayo 72 E.C.: 6 10/12

I. = MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en el aprendizaje escolar

II. = INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (X) WISC-R ()

NIVEL VISO-PERCEPTUAL MOTOR: Bender (X)

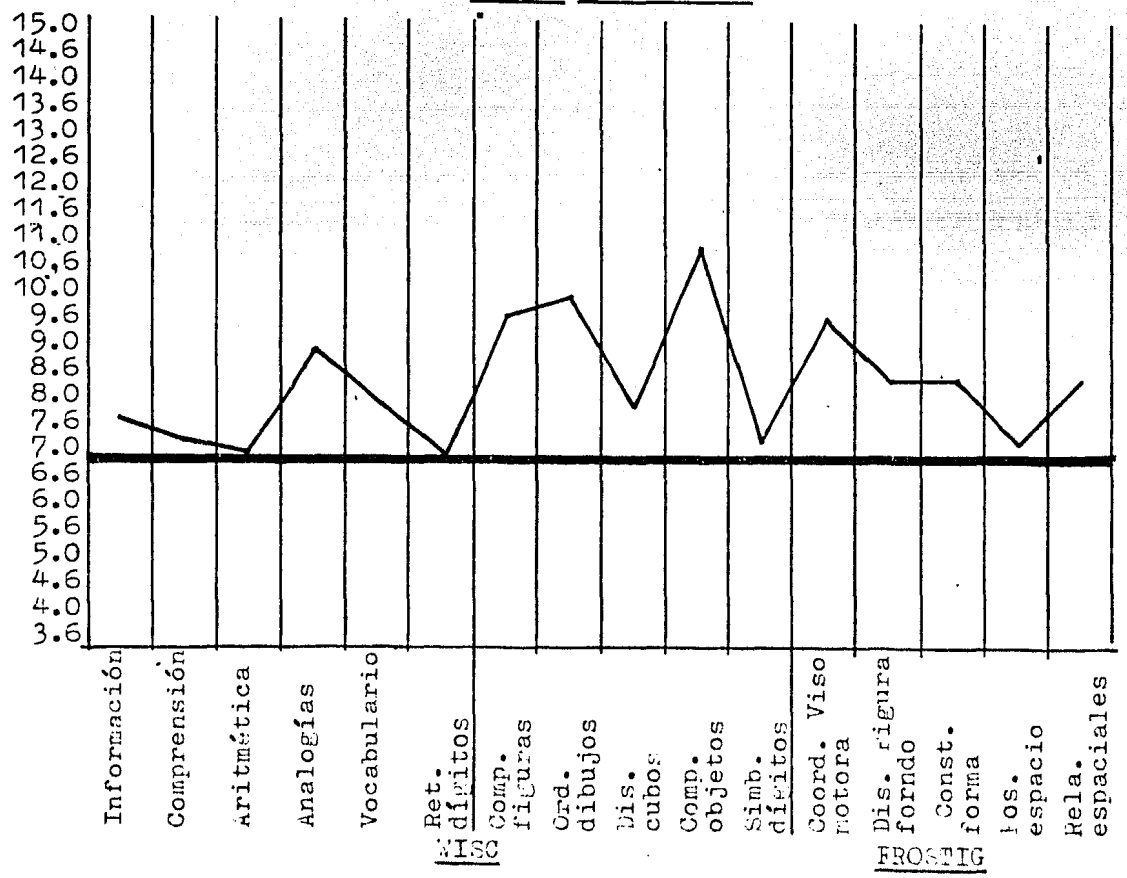
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: Raven

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (X)

III. = INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente de 6 años 10 meses del sexo femenino que asiste al Centro por presentar problemas en el aprendizaje escolar.

El Servicio de Comunicación Humana realiza estudio y diagnóstica probable Dislexia por dificultades en algunas áreas perceptuales.

Al perfilar el estudio psicológico obtenemos que todos los niveles obtenidos en los diferentes subtests de las pruebas aplicadas, WISC y Frostig se encuentran correspondiendo a su edad cronológica.

Haciendo un análisis comparativo de los distintos subtests encontramos algunos niveles bajos en: aritmética, retención de dígitos y relaciones espaciales, encontrando por ello afectadas las funciones de recuerdo inmediato, imaginación auditiva y visual, capacidad de reproducción e imitación, razonamiento con abstractos y retención de procesos aritméticos, lo que nos lleva a un Problema específico de Aprendizaje causado por trastornos perceptuales, tanto visuales como auditivos.

Es necesario hacer notar que para ampliar el estudio se aplicaron otras pruebas no perfiladas, como la de Raven, encontrando un Rango II.

La Impresión Diagnóstica de Psicología es de Capacidad Intelectual Superior al término medio a pesar de sus deficiencias perceptuales; dejando el diagnóstico final y el manejo del paciente al Servicio de Comunicación Humana.

Por último, dicho Servicio confirma su Impresión Diagnóstica inicial de Dislexia y lo canaliza a la Terapia específica.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: L.A.E. FECHA DE NAC: 14/Jan/71 E.C.: 7 1/2

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en la audición y lenguaje

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC-R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

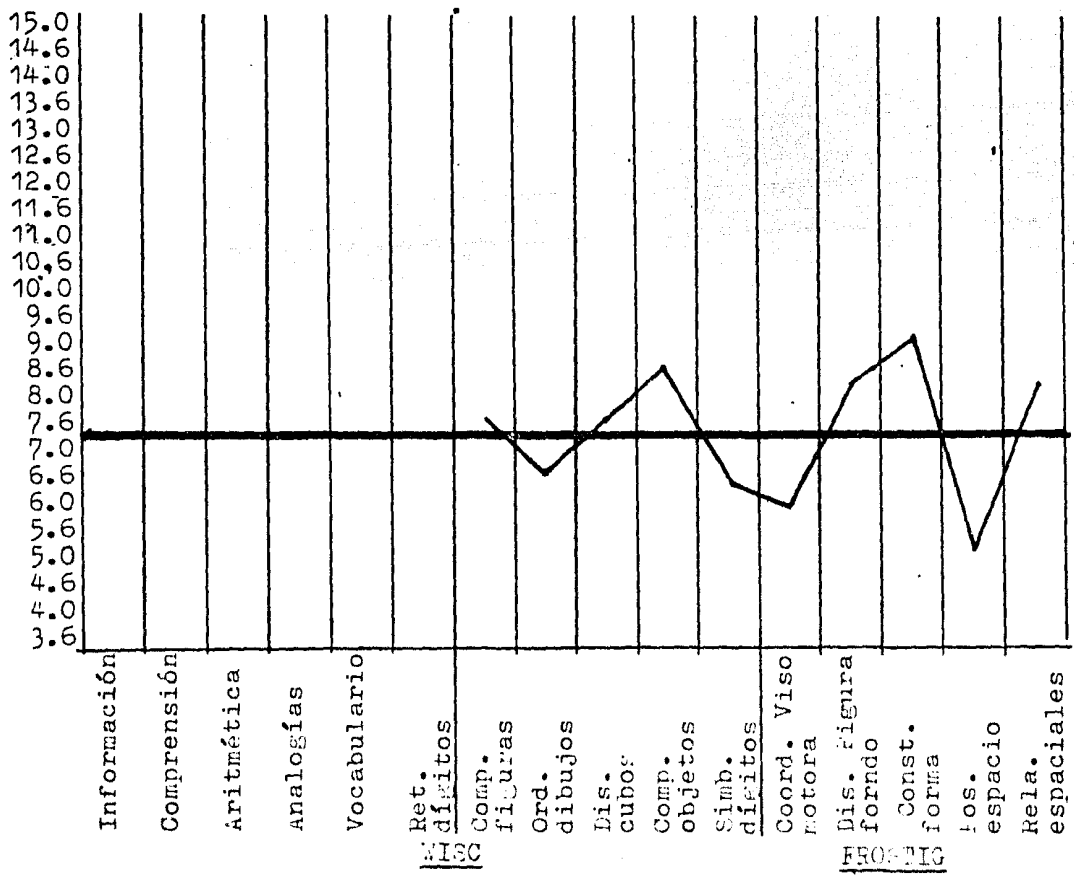
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: Baxo

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Se trata de una paciente de 7 años 2 meses que acude al Centro para recibir atención por presentar problemas en su audición y lenguaje.

El Servicio de Comunicación Humana realizó estudio y diagnóstica Cortipatfa Bilateral que deja Sordera Bilateral. Al parecer únicamente sufre los trastornos perceptivos derivados de su falta de aferencia auditiva.

Se efectúa estudio psicológico aplicando WISC, Frostig, Raven y Bender, perfilándose sólo dos de ellas.

Se observan algunas áreas bajas como ordenamiento de dibujos y claves, encontrando por ello afectadas las funciones de percepción visual de relaciones, capacidad de planeación y anticipación, recuerdo inmediato e integración visomotora.

Se aplica Frostig obteniéndose un Cociente Perceptual por Arriba del Promedio pero presentando dos áreas deficientes: posición el espacio y coordinación motora de los ojos.

Con objeto de ampliar el estudio, se aplicó el Raven (no perfilado) obteniendo un Rango II.

La Impresión Diagnóstica de Psicología es la de una Capacidad Intelectual Término Medio a pesar de sus deficiencias perceptivas, tanto visuales como auditivas, dejando el diagnóstico final y el manejo del caso al Servicio de Comunicación Humana.

Finalmente, dicho Servicio indica que la paciente -- continúe como alumna de Educación regular, indicando al mismo tiempo una Terapia de Lenguaje específico y solicita valoración de Pedagogía para considerar la posibilidad de implementar un reforzamiento pedagógico.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: C.G.P FECHA DE NAC: 3 junio 67 E.C.: 10¹⁰/12

I. = MOTIVO DE EVALUACION: Problemas de lenguaje y en el aprendizaje escolar

II. = INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC-R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

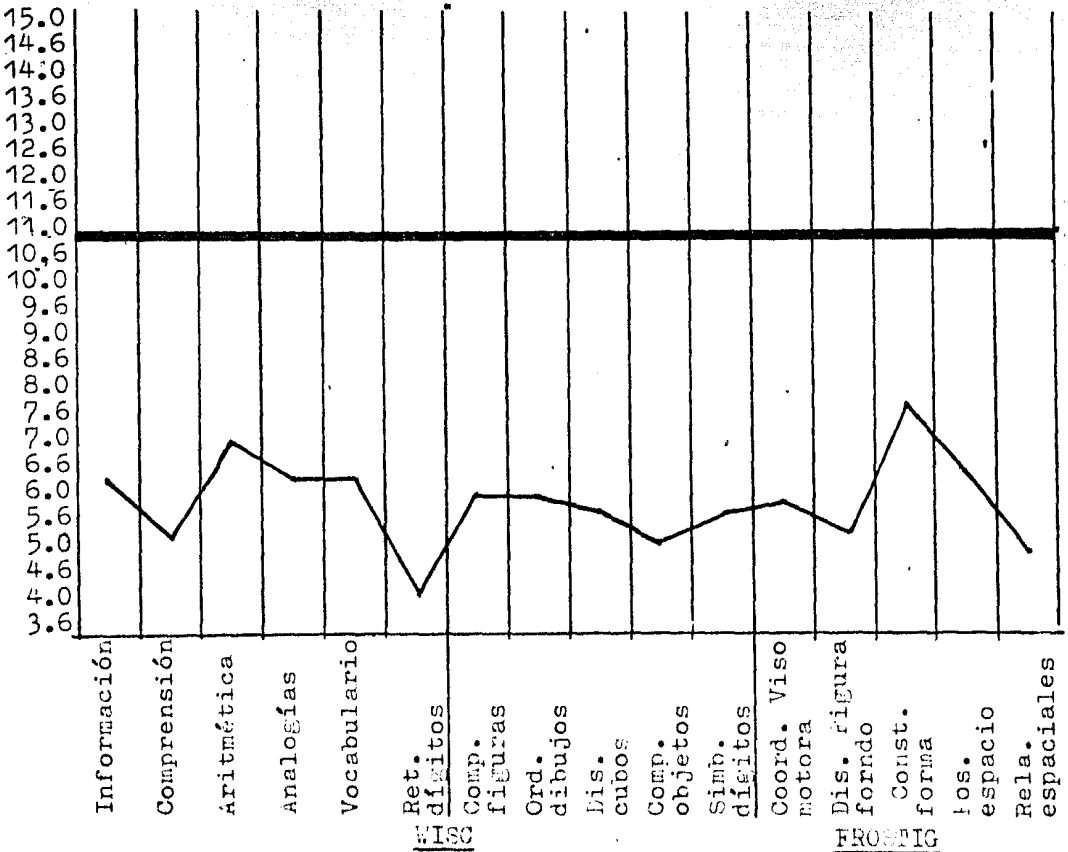
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III. = INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente del sexo femenino de 10 años 10 meses de edad que acude al Centro por presentar problemas de lenguaje y aprendizaje escolar.

Fue vista por el Servicio de Comunicación Humana que determinó la existencia de un problema receptivo-expresivo de lenguaje, dado probablemente por una deficiencia mental y alteraciones en el macizo facial óseo que originan un problema orgánico causa a su vez dificultad para la articulación de su lenguaje.

Presenta además estrabismo diagnosticado por el Servicio de Oftalmología y todo ello debido según impresión diagnóstica del Servicio de Neurología, a un Síndrome Genético Heredado familiar de etiología no precisada.

Se elabora estudio psicológico y en el perfil aparece que existe deficiencia notable en todos los subtests aplicados en referencia con su edad cronológica (E.C.), notando mayor acentuación del déficit en todas las áreas ejecutivas y acompañándose todo el cuadro de un marcado déficit perceptual global, lo que limita aún más su rendimiento para el aprendizaje.

Se dá el diagnóstico de Lento Aprendizaje aunado a un déficit perceptual visual importante.

Se puntualiza, además, que debe tomarse en cuenta su problema oftalmológico para los resultados de su rendimiento global.

Se sugiere finalmente su ingreso al área de Retardo en el Desarrollo, en la Escuela de Educación Especial del Centro, previa valoración de Pedagogía para su ubicación en la etapa adecuada.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: A.S.T. FECHA DE NAC: 16 marzo 71 E.C.: 7 1/2

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en la audición y lenguaje

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC-R ()

NIVEL VISCO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

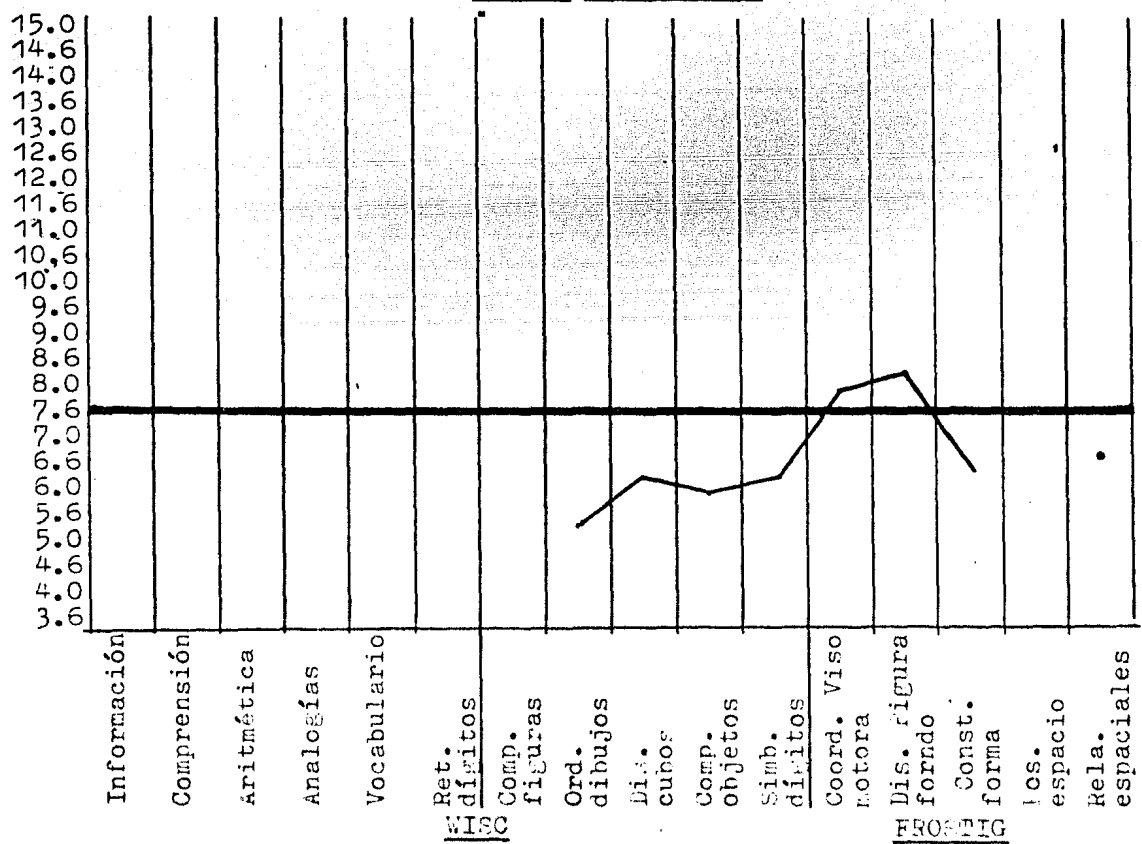
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Se trata de un paciente de 7 años 6 meses, del sexo femenino que asiste al Centro por presentar dificultades para la articulación de su lenguaje con antecedentes importantes de trastornos en su período neo natal y retardo en el -- desarrollo psicomotor.

Es visto por el Servicio de Comunicación Humana que --
diagnostica: Disartrias múltiples subsecuentes a daño cerebral, ó deficiencia mental, ó ambas.

El Servicio de Neurología encuentra alteraciones en el Electroencefalograma.

El perfil psicológico denota deficiencia leve en relación al nivel basal de su edad cronológica (E.C.), en los subtests de las pruebas de WISC y en la de Frostig.

Se anota que se aplicó además la prueba de Raven en contrando un Rango IV. Ampliando más la información, se hace notar que el retardo global es casi uniforme en todas las áreas de aproximadamente entre 2 años y medio a 3 años.

La Impresión Diagnóstica es: una Debilidad Mental - Media, unida a inadecuada estimulación y a sus problemas de lenguaje.

Se sugiere su canalización a Pedagogía para obtener -- su nivel potencial de aprendizaje y finalmente su canaliza-- ción a la Escuela de Educación Especial al área de Retardo - en el desarrollo.

Se deja a criterio de los otros servicios la necesidad de terapias especializadas.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: H. B. A. FECHA DE NAC: 10enero67 E.C.: 10³/₁₂

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en la articulación del lenguaje y en el aprendizaje escolar.

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

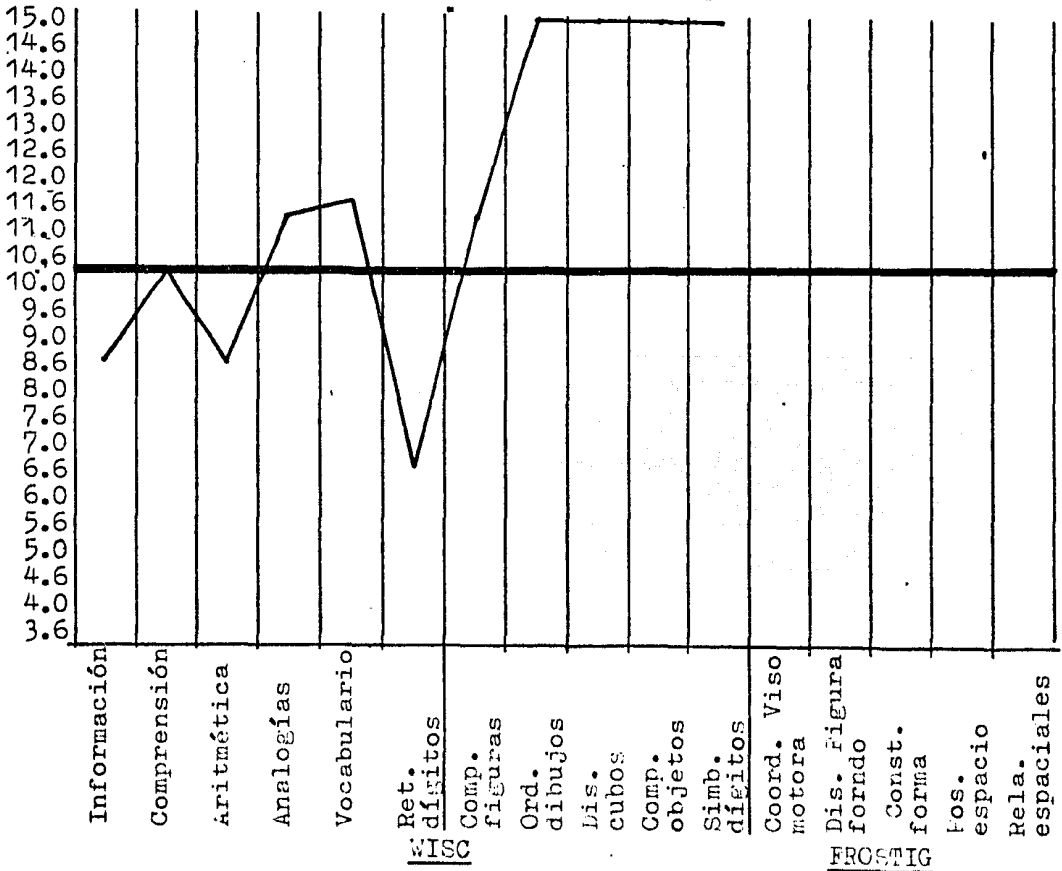
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: Raven

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



WISC

FROSTIG

Presentación del Caso

Paciente del sexo femenino de 10 años 3 meses que solicita atención por tener dificultades para articular algunos sonidos del lenguaje y dificultades en el aprendizaje.

Inicialmente al pasar por el Servicio de Comunicación Humana se tiene el diagnóstico de : Trastorno Expresivo de Lenguaje debido a trastorno perceptual probablemente de predominio auditivo y mal hábito oro-lingual.

Se efectúa Estudio Psicológico y al perfilar podemos observar algunas áreas bajas como Información, Aritmética y Retención de Dígitos, lo que traduce un problema específico de Disfunción Perceptual Auditiva.

Las demás áreas se encuentran con rendimiento superior al de su nivel de edad cronológica.

Es necesario hacer notar que para ampliar el estudio se aplicaron otras pruebas (no perfiladas) como la de Goodenough, encontrando un C.I. de 117, Raven con Rango I y subtests verbales de Terman en donde se detectaron problemas en repetición de dígitos, memoria de frases, rimas, encontrando por ello afectadas las funciones de Memoria, Memoria auditiva, Agudeza auditiva, atención y remanipulación y reorganización de material auditivo.

Se aplica Frostig (no perfilado) no encontrando alteraciones perceptuales visuales.

La Impresión Diagnóstica de Psicología es la de una capacidad intelectual superior al término medio, a pesar de sus deficiencias en el nivel de su ejecución verbal. Problema predominantemente auditivo en su percepción, dejando el diagnóstico final y el manejo del caso al Servicio de Comunicación Humana.

Finalmente, dicho Servicio concluye como: Disfunción Perceptual Auditiva que origina problema de Lenguaje, y en un plano secundario, problema específico de aprendizaje - en mínimo grado indicando una Terapia de lenguaje específica.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: C. M. H.

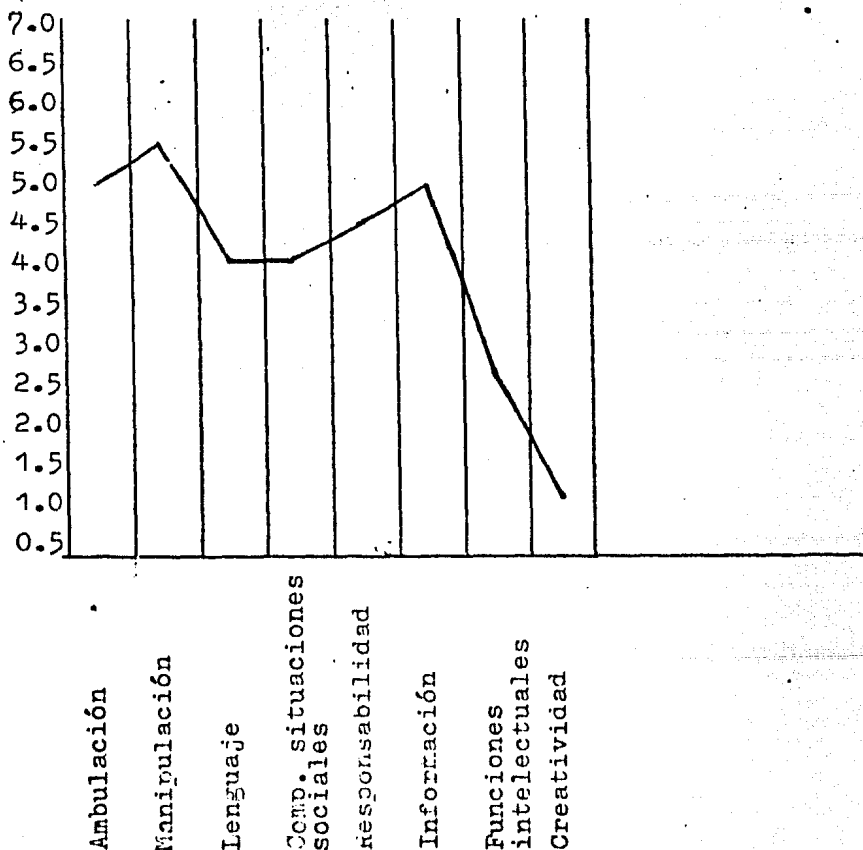
FECHA DE NAC: 4. Septiembre 1962. E.C.: 25 4/12

MOTIVO DE EVALUACION: Retardo en el desarrollo
y CRISIS CONVULSIVAS

INSTRUMENTO DE EVALUACION:

Escala de desarrollo del Pre-escolar (DOLL)

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente adulto que es llevado al Centro por presentar retraso en su desarrollo psicomotor y padecimiento neurológico agregado.

Fue atendido inicialmente por el Servicio de Neurología que determina Epilepsia con alteraciones importantes en el Electroencefalograma como probable secuela de Traumatismo craneoencefálico.

Psicología aplicó en forma parcial algunas pruebas - que no correspondían a su edad cronológica, ya que por el severo retraso que presentaba, no era posible aplicar las correspondientes.

Se utilizan los tests de Goodenough, y parcialmente el de Terman, encontrándose una edad mental aproximada de 5 a 5 años y medio (no perfilado). Se perfila solamente la escala de Doll en donde se aprecian niveles que van de los 5 a ños 6 meses el más alto, hasta de 1 año 6 meses el inferior, que aunados a los obtenidos en las otras pruebas nos indican un Severo Retardo en su Desarrollo.

Sugerimos el manejo y canalización de este paciente por el servicio de Medicina de Rehabilitación, y su control, por el Servicio de Neurología.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: M. A. G. H. FECHA DE NAC: 26 enero 69 E.C.: 9

I.- MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en el aprendizaje escolar

II.- INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

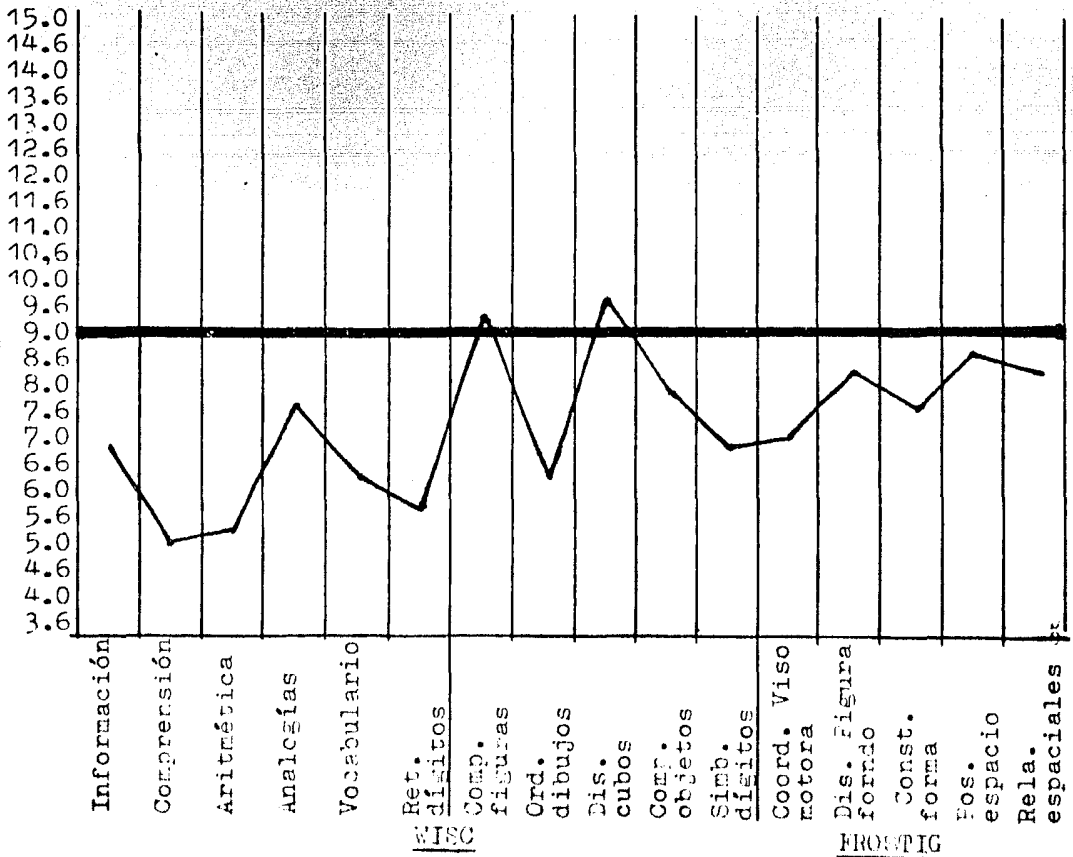
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig (x)

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.- INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente masculino, escolar de 9 años que se presenta por tener trastornos en la pronunciación, reportando la madre que ha reprobado algunos grados escolares.

El Servicio de Comunicación Humana diagnóstica inicialmente Dislalias periféricas, mal hábito lingual y sugiere descartar problema específico de aprendizaje como diagnóstico diferencial contra el de Lento Aprendizaje.

Es estudiado por el Servicio de Psicología aplicando Goodenough, WISC, Frostig y Bender, perfilándose sólo dos de ellas.

En la prueba de WISC se aprecia retraso global, estando más afectada la parte verbal en las áreas de comprensión, memoria y percepción auditiva; en la prueba de Frostig encontramos un Cociente Perceptual bajo, lo que puede explicar una mayor limitación de su aprendizaje. Diagnosticándose un Retraso Leve con problema predominantemente en percepción, memoria auditiva y coordinación motriz.

Se concluye que todo ello limita el aprendizaje y se sugiere la probabilidad de una terapia específica, así como la valoración de la pedagoga del Centro.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: A. J. C. FECHA DE NAC: 10 julio 70 E.C.: 7 1/2

I. = MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en la adaptación del lenguaje.

II. = INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC-R ()

NIVEL VIRO=PERCENTUAL MOTOR: Bender (x)

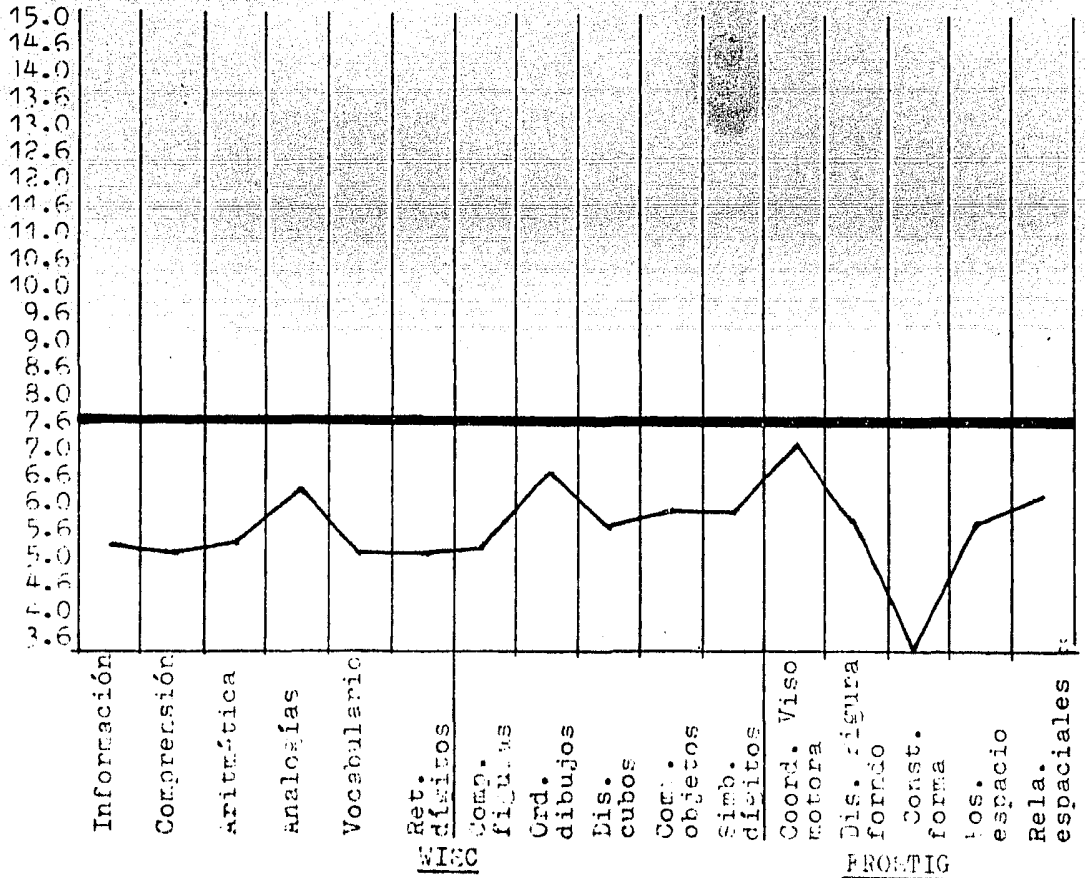
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig (x)

OTRAS PRUEBAS: Raven

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA ()

III. = INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente de 7 años y medio, del sexo femenino que -- consulta en el Centro por presentar problemas de audición y lenguaje.

El Servicio de Comunicación Humana realizó estudio y diagnostica Cortipatia Bilateral (lesión en el oído interno) por probable hipoxia neonatal, restos auditivos y lenguaje -- paupérrimo. Sugiere descartar Debilidad Mental y la existencia probable de Doble Invalidez.

Al perfilar el Estudio Psicológico obtenemos sólo -- puntaje en el área ejecutiva del WISC, y aún en forma incompleta por severos problemas de comprensión de la orden por -- parte de la paciente, pudiendo hablar de un Retardo global -- en todas las áreas. En la prueba de Frostig se encuentran -- dos áreas afectadas (constancia de forma y relaciones espa-- ciales) de las 4 que se logran explorar, deficiencias perceptuales que limitan aún más su rendimiento.

Analizando los datos se puede hablar de un retraso -- importante en el desarrollo, a lo que se suma déficit perceptual visual.

Esto concurriendo con su problema auditivo periférico, por lo que finalmente se está en presencia de Doble Invalidez.

Se sugiere sea canalizada a la Escuela de Educación Especial del Centro, previa valoración de Pedagoga, y ubi-- carla en el área de Comunicación Humana con doble atipicidad dejando la orientación final al Servicio de Comunicación Humana.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: I.C.S FECHA DE NAC: 3 sep 70 E.C.: 7 1/2

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Revaloración

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISO-PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

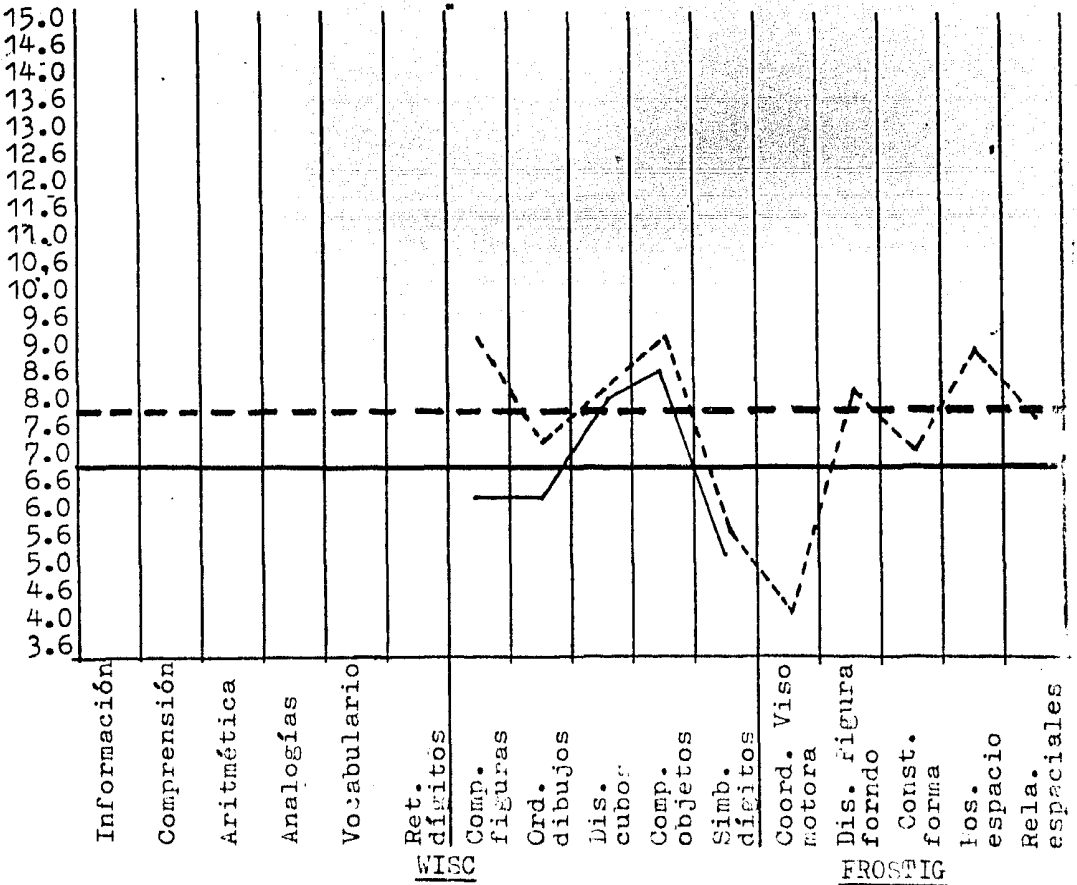
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Este perfil muestra una Revaloración de un paciente_ que en el momento del estudio cuenta con 7 años 8 meses.

Inicialmente, llegó al Centro por presentar dificultad para la adquisición del Lenguaje por deficiencia auditiva severa (Hipoacusia).

El diagnóstico inicial del Servicio de Comunicación Humana fue de: Daño Cerebral e hipoacusia bilateral profunda por probable kernicterus en el período neonatal. Trastorno de Lenguaje en las áreas receptiva y expresiva por el Daño Cerebral y por la sordera.

En la primera valoración psicológica se perfiló solamente el área ejecutiva del WISC encontrando una Inteligencia Normal con problemas perceptuales auditivos y visuales - (trazo continuo). La parte verbal no se realiza por las incapacidades severas de lenguaje.

En la revaloración psicológica se obtuvo en el perfil (trazo no continuo), en donde al estudiar el área ejecutiva del WISC se encuentra una vez más rendimiento normal, - con algunas funciones deficientes como recuerdo inmediato, - capacidad visomotora y capacidad de reproducción e imitación.

Se perfila en esta ocasión la prueba de Frostig en - donde se puede observar un nivel global perceptual visual ligeramente por debajo del promedio.

Como resultado final de la Revaloración, se observa_ adelanto en las áreas comparadas, existiendo aún deficiencias perceptuales de consideración. Se debe hacer notar que en el lapso del estudio inicial hasta esta fecha, el paciente ha recibido terapia de lenguaje por el Servicio de Comunicación Humana, así como reforzamiento Pedagógico, y por indi

cación del especialista de dicho Servicio, también Educación en Primaria Regular. Se sugiere que el paciente continúe -- con dichas actividades.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: H. V. G. FECHA DE NAC: 17 marzo 68 E.C.: 10

I. MOTIVO DE EVALUACION: Ceguera Total

II. INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELLECTUAL: Terman Rev. 72 (x) WISC (x) WISC-R ()

NIVEL VIPO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender ()

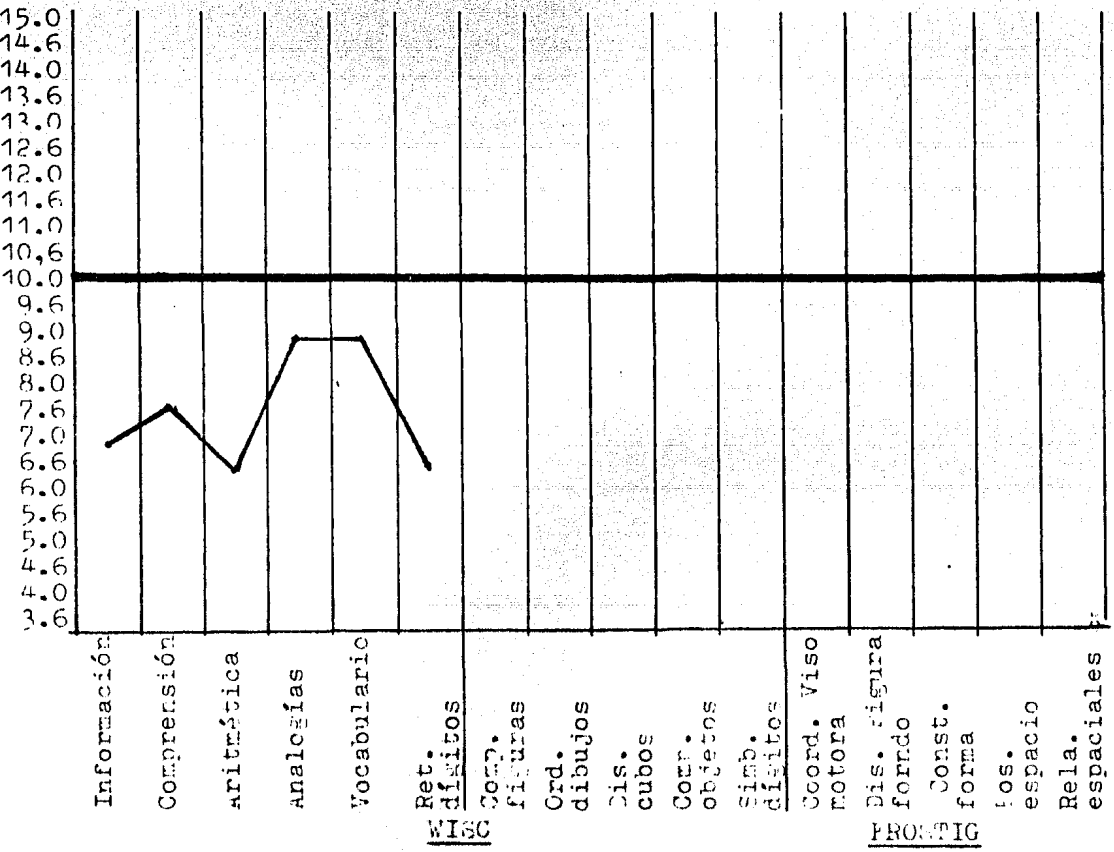
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III. INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente del sexo masculino de 10 años de edad que acude al Centro por presentar ceguera total.

Es visto por el Servicio de Oftalmología, quien diagnostica Glaucoma Congénita Bilateral.

En el estudio psicológico se perfila la parte verbal del WISC encontrando un rendimiento por debajo de su edad -- cronológica, notando mayor acentuación del déficit en las -- funciones de: recuerdo inmediato (auditivo), capacidad de -- retención (memoria), asociación y organización de experien-- cias, razonamiento con abstractos (análisis y síntesis, sím-- bolos, números y lenguaje).

Así mismo, se aplicaron las partes verbales correspondientes a su edad del Terman (no perfilado), encontrando de igual manera un rendimiento por debajo de su edad cronológica.

La Impresión Diagnóstica del Servicio de Psicología es de un Retardo en el Desarrollo, debiéndose tomar muy en cuenta tanto las limitaciones propias de su invalidez como la inadecuada estimulación medioambiental.

Se deja el manejo y canalización del paciente al Servicio de Oftalmología que sugiere su ingreso al área de Invidentes de la Escuela de Educación Especial del Centro.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: A.M.H. FECHA DE NAC: 31 julio 65 E.C.: 12 9/12

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Retardo en el desarrollo y problemas de lenguaje

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

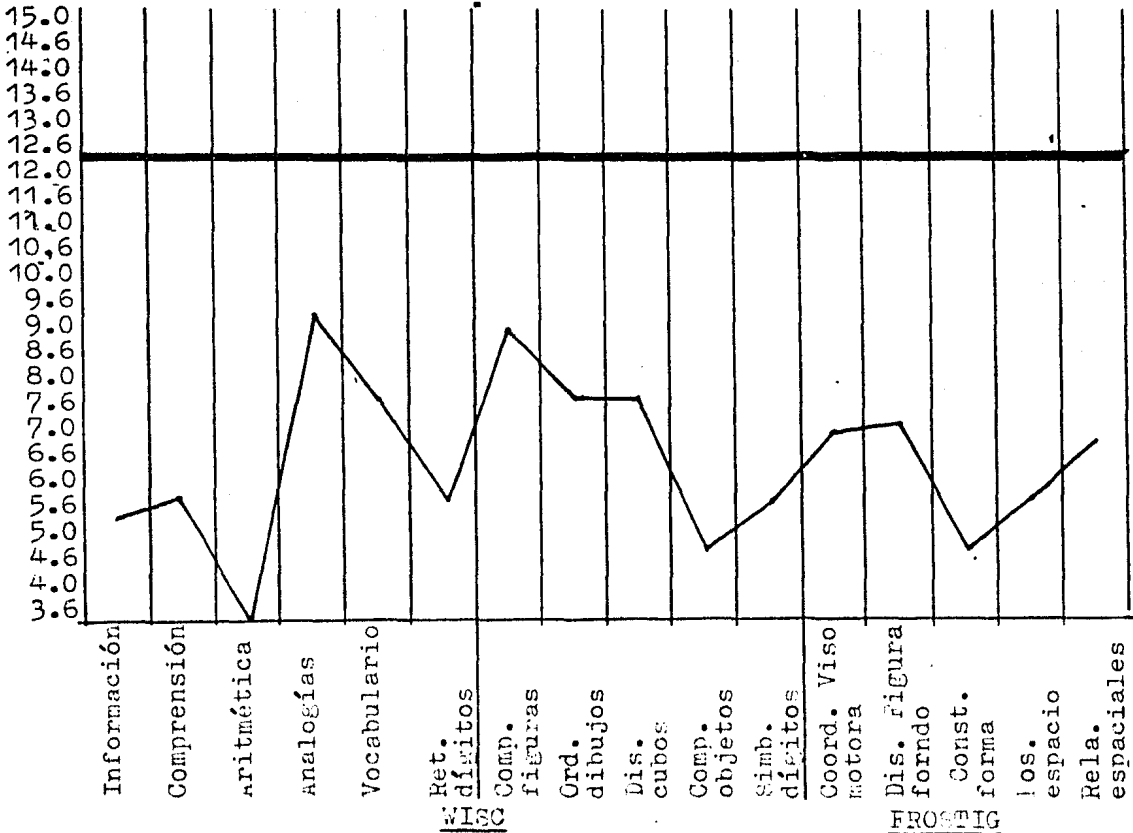
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente de 12 años 5 meses del sexo femenino que acude al Centro por presentar retraso en su desarrollo psicomotor y problemas de lenguaje.

Al realizar estudio psicológico observamos un déficit global en todas las áreas exploradas, tanto en la escala de WISC como en el Frostig, ya que todas se encuentran bajas en relación con su edad cronológica.

Es enviado por Psicología a otros servicios para lograr su Valoración Integral.

El Servicio de Comunicación Humana da como Impresión Diagnóstica Debilidad Mental y trastornos mínimos de lenguaje (expresivo).

También es valorado por Neurología, quien diagnostica Microcefalia Congénita.

Quedando el Diagnóstico Final a Psicología de una Debilidad Mental profunda que concurre con problemas de lenguaje. Sugiriéndose sea canalizado al Área de Retardo en el Desarrollo, en la Escuela de Educación Especial del Centro, -- previa valoración de Pedagogía para ubicación en la etapa correspondiente.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: B.N.C FECHA DE NAC: 26 oct 67 E.C.: 10¹⁰/10

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en la marcha por enfermedad de la piel.

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 (.) WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

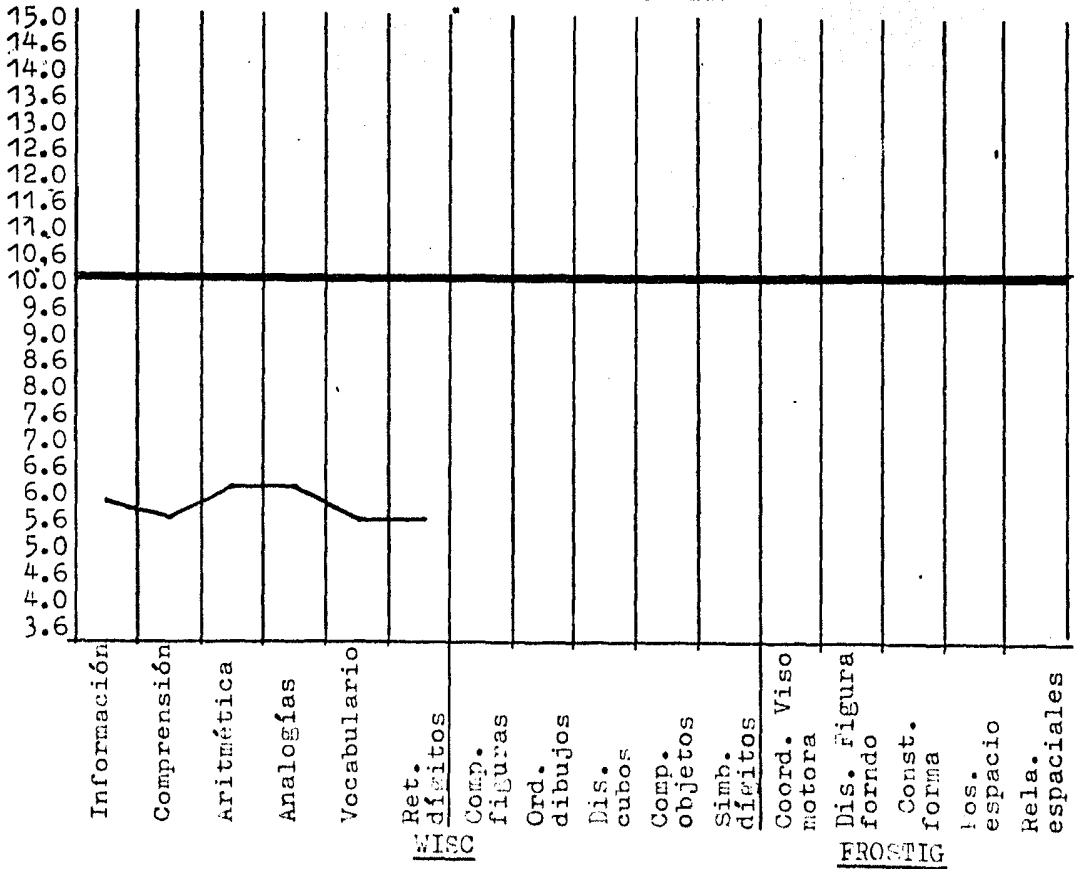
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig ()

OTRAS PRUEBAS: _____

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente del sexo femenino de 10 años de edad que acude al Centro por presentar problemas en la marcha, causados por lesiones dérmicas en toda la superficie corporal.

Fue vista por el Servicio de Medicina de Rehabilitación, quien diagnostica inicialmente Hipertrofia muscular y entorpecimiento de la movilidad secundario a Dermatitis Bulosa.

Es estudiada por el Servicio de Psicología, en donde sólo es posible aplicar la Escala ejecutiva del WISC y el -- Bender, observándose un retardo global casi uniforme en todas las áreas, de aproximadamente 4 años, aunado a una inadecuada estimulación.

La Impresión Diagnóstica del Servicio de Psicología es un Retardo en el Desarrollo.

Sugerimos el manejo y canalización de la paciente -- por el Servicio de Medicina de Rehabilitación quien finalmente diagnostica Doble Invalidez, sugiriendo su ingreso como alumna al Area de Problemas Músculo Esquelético en la Escuela de Educación Especial del Centro, previa valoración de Pedagogía.

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE: P.H.G FECHA DE NAC: 16 sep 69 E.C.: 8 9/12

I.= MOTIVO DE EVALUACION: Problemas en el aprendizaje escolar y de lenguaje

II.= INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

NIVEL INTELECTUAL: Terman Rev. 72 () WISC (x) WISC=R ()

NIVEL VISCO=PERCEPTUAL MOTOR: Bender (x)

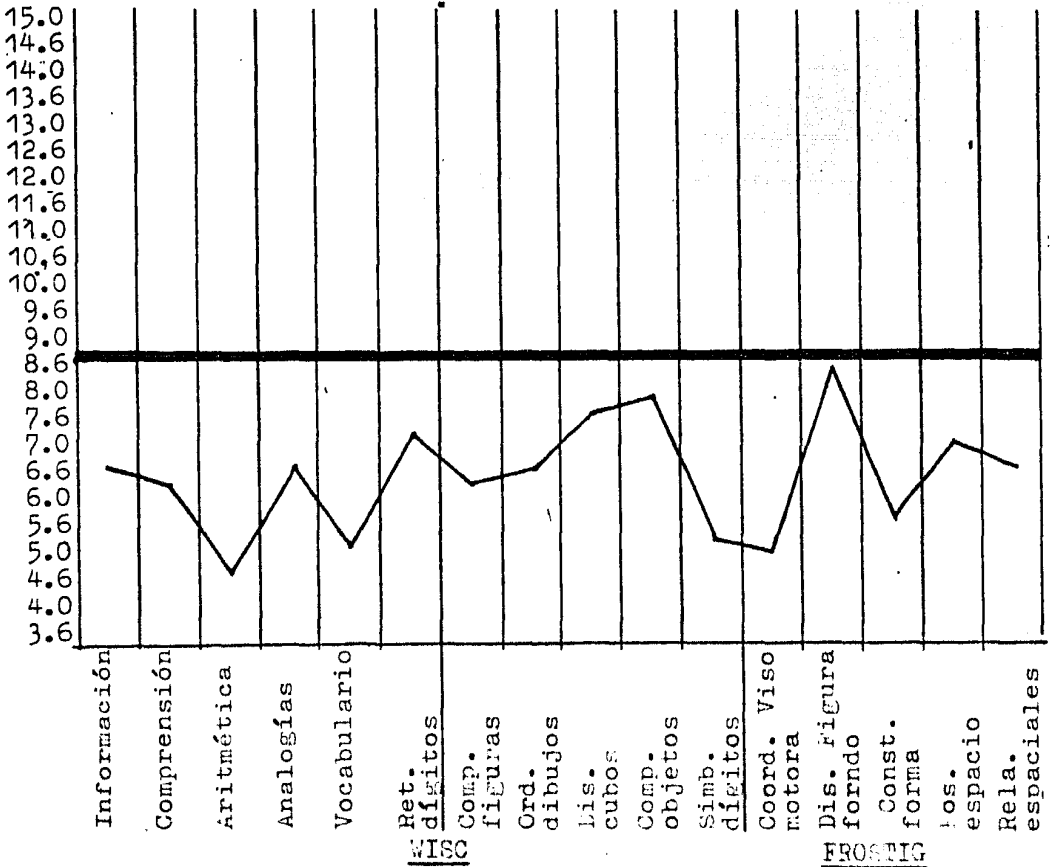
NIVEL PERCEPTUAL VISUAL: Frostig (x)

OTRAS PRUEBAS: Raven

INTEGRACION ENTREVISTA CLINICA PSICOLOGICA (x)

III.= INTEGRACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN SUS PRUEBAS:

PERFIL PSICOLOGICO



Presentación del Caso

Paciente de 8 años 6 meses del sexo masculino que asiste al Centro por presentar problemas de aprendizaje escolar, así como en su lenguaje.

Al perfilar los datos obtenidos en el estudio de Psicología, se observa que existe un déficit global en todas -- las áreas exploradas, tanto en el WISC como en el Frostig. -- Siendo más severo este déficit en las siguientes funciones : razonamiento con abstractos, formación de conceptos, retención (procesos aritméticos), desarrollo del lenguaje, recuerdo inmediato e integración visomotora.

Al aplicar Frostig encontramos significativamente afectadas las áreas de coordinación visomotora y constancia -- de forma.

Es canalizado a otros especialistas para lograr su -- Valoración Integral, los cuales diagnostican: Comunicación -- Humana, un Hipodesarrollo de Lenguaje y dislalias probablemente subsecuentes a Debilidad Mental.

Neurología en su exploración diagnóstica Daño Cere-- bral secundario a hipoxia neonatal. Después de realizar los estudios correspondientes, concluye Secuelas de Meningoencefalitis o Hemorragia subcraNeal que origina alteraciones e-- lectroencefalográficas.

Con estos datos, Psicología da el Diagnóstico Final -- de Debilidad Mental Leve con severos problemas perceptuales -- agregados que están limitando aún más su rendimiento, y todo esto concurre con problemas de lenguaje.

Se sugiere siga asistiendo como alumno de Educación -- regular, recibiendo reforzamiento pedagógico, todo esto, pre -- via valoración de Pedagogía.

También es canalizado a Terapia de Lenguaje, indicada por el Servicio de Comunicación Humana.

6.2 Cuadros de Concentración.

Para dar más claridad a nuestros datos y poder con ellos realizar nuestros Cuadros de Concentración, dividimos los Diagnósticos; primero, de acuerdo a los siguientes servicios, Medicina de Rehabilitación, Psicología, Medicina de la Comunicación Humana, Neurología y Oftalmología, y segundo, dentro de estos mismos Servicios, algunos diagnósticos se consideraron como Areas Invalidadas y otros como Problemas Agregados.

Medicina de Rehabilitación:

Dentro de este Servicio todos los diagnósticos fueron considerados como Areas Invalidadas, y son los siguientes: Parálisis Cerebral Infantil, Hemiparesia, Secuelas de Poliomeilitis, Paraparesia, Enfermedad de Guillén Barré, Hemiplejia, Elongación de Plexo-braquial, Paraplejia, Enfermedad de Marfán, Amputaciones, Monoparesia, Neuralgia de Trigémino, Alteraciones Metabólicas, Espasmo del sollozo, Triplejia, Luxación congénita de cadera, Traumatismo craneoencefálico, Quemaduras, Fracturas, Secuelas de hipoxia neonatal, Parálisis del Ciático, Síndrome de Down, Mielomeningocele y Defectos Posturales.

Psicología:

Dentro de este Servicio se hizo la división tomándose como áreas invalidadas las siguientes, y están en referencia al Nivel de Desarrollo o la Inteligencia: Retardo en el desarrollo, Nivel fronterizo, Debilidad mental leve, Debilidad mental media, Debilidad mental profunda.

Como problemas agregados, se consideraron los siguientes diagnósticos: Inteligencia y/o desarrollo normal, Inteligencia normal con alteraciones perceptuales, Inteligen--

cia Superior, Inteligencia superior con alteraciones perceptuales.

Medicina de la Comunicación Humana:

Se tomaron los siguientes Diagnósticos como Areas Invalidadas, haciéndose la siguiente subdivisión:

Problemas de Audición: Cortipatías, Hipoacusia leve, Hipoacusia media, Hipoacusia profunda, Laberintopatía, - Lesión Cocleovestibular, Síndrome de Holtz-Oram.

Problemas de Lenguaje: Hipoevolución de Lenguaje, - Disartrías, Disgenesia y agenesia de lenguaje, Disfasia Infantil, Problema de lenguaje receptivo-expresivo, Dispraxia y Anartría.

Problemas de Habla: Dislalias, Disglosias, Hiperinfonía, Secuelas de Labio Paladar-Hendido y Rinolalias.

Problemas de Aprendizaje: Dislexia, Problemas de aprendizaje por disfunciones perceptuales (visuales y auditivos), Agrafía.

Como problemas agregados, tenemos los siguientes diagnósticos: Problemas de Lenguaje concurrentes con cualquier área invalidada.

Neurología:

Se tomaron los siguientes diagnósticos como Areas Invalidadas: Daño Cerebral, Síndrome Hiperquinético, Hidrocefalia, Microcefalia, Crisis Convulsivas, Enfermedades Degenerativas, Disfunción Cerebral.

Como problemas agregados, tuvimos los siguientes diagnósticos: Crisis convulsivas agregadas a otro tipo de invalidez en otras áreas y alteraciones Electroencefalográficas.

Oftalmología:

Se tomaron como Áreas Invalidadas los siguientes ---
diagnósticos: Ceguera y Debilidad Visual.

Como problemas agregados, encontramos los siguientes
diagnósticos: Estrabismo, Miopía y Astigmatismo.

Clave de los Municipios.

Estado de México:

- 101 Toluca
- 102 Almoloya de Alquisiras
- 103 Almoloya de Juárez
- 104 Almoloya del Río
- 105 Amatepec
- 106 Atizapán de Zaragoza
- 107 Atlacomulco
- 108 Calimaya
- 109 Capulhuac
- 110 Coacalco
- 111 Coatepec Harinas
- 112 Chapa de Mota
- 113 Chapultepec
- 114 Chimalhuacán
- 115 El Oro
- 116 Huixquilucan
- 117 Ixtapan de la Sal
- 118 Ixtlahuaca
- 119 Jilotepec
- 120 Jiquipilco
- 121 Jocotitlán
- 122 Lerma
- 123 Malinalco
- 124 Metepec
- 125 Mexicaltzingo
- 126 Naucalpan
- 127 Santo Tomás de los Plátanos
- 128 Ocoyoacac
- 129 San Antonio de la Isla
- 130 San Felipe del Progreso
- 131 San Martín de las Pirámides

- 132 San Mateo Atenco
- 133 Sultepec
- 134 Temascalcingo
- 135 Temascaltepec
- 136 Temoaya
- 137 Tenancingo
- 138 Tenango del Valle
- 139 Tepetlaoxtoc
- 140 Texcaltitlán
- 141 Texcoco
- 142 Tlanguistengo
- 143 Tonatico
- 144 Valle de Bravo
- 145 Villa de Allende
- 146 Villa Cuauhtémoc
- 147 Villa Donato Guerra
- 148 Villa Guerrero
- 149 Villa Victoria
- 150 Xonacatlán
- 151 Zinacantepec
- 152 Tejupilco

Estado de Michoacán:

- 201 Tuxpan
- 202 Zitácuaro
- 203 Morelia
- 204 Tlapajahuilla
- 205 Jungapeo
- 206 Jiquilpan

Estado de Guerrero:

- 301 Valderrama

302 Acapulco

303 Petatlán

Clave de área invalidada y problema agregado

- 1 Parálisis Cerebral
- 2 Hemiparesia
- 3 Polio
- 4 Paraparesia
- 5 Guillén Barré
- 6 Hemiplejia
- 7 Elongación plexo braquial
- 8 Paraplejia
- 9 Síndrome de Marfan
- 10 Amputación
- 11 Monoparesia
- 12 Neuralgia
- 13 Alteraciones metabólicas
- 14 Espasmo del sollozo
- 15 Triplejia
- 16 Luxación de cadera
- 17 Traumatismo craneocefálico
- 18 Quemadura
- 19 Fractura
- 20 Hipoxia neonata†
- 21 Parálisis del ciático
- 22 Síndrome de Down
- 23 Mielomeningocele
- 24 Defectos posturales
- 25 Retardo en el desarrollo

- 26 Fronterizo
- 27 Debilidad mental leve
- 28 Debilidad mental media
- 29 Debilidad mental profunda
- 30 Problemas de audición
- 31 Problemas de lenguaje básicos
- 32 Problemas de aprendizaje
- 33 Disfunción perceptual
- 34 Daño cerebral
- 35 Síndrome hiperquinético
- 36 Hidrocefalia
- 37 Microcefalia
- 38 Crisis convulsivas básicas
- 39 Disfunción cerebral
- 40 Enfermedad degenerativa
- 41 Ceguera
- 42 Débil visual
- 43 Inteligencia normal
- 44 Inteligencia superior
- 45 Inteligencia normal con problemas perceptuales
- 46 Inteligencia superior con problemas perceptuales
- 47 Problemas de lenguaje agregados
- 48 Crisis convulsivas agregadas
- 49 Disfunción cerebral agregada
- 50 Alteraciones visuales

- 51 Total de casos de área invalidada
- 52 Total de casos de área invalidada con problemas agregados.

Clave de los Seguimientos

T.F.	Terapia Física
T.O.	Terapia Ocupacional
T.L.	Terapia de Lenguaje
E.E.	Alumno de la Escuela de Educación Especial
E.I.	Ingreso como Alumno de la Escuela de Educación Especial
E.N.T.	Asiste a Escuela Normal y Terapias
T.	Talleres dentro de la Escuela de Educación Especial
R.P.	Reforzamiento Pedagógico
H.M.	Servicio de Higiene Mental
O.C.	Orientación Conductual
R.	Revaloración
D.	Deserción

7. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El presente trabajo representa una experiencia profesional de tres años de labor a nivel institucional.

Esta experiencia nos ha llevado, en primer lugar, al uso de herramientas psicológicas con el propósito de optimizar nuestra participación a nivel de un grupo pluridisciplinario.

Esta reconsideración se ha planteado sobre aspectos de manejo de datos que se refieren a los instrumentos descritos como tales. Esta situación refleja un aspecto que sentimos debe plantearse en este momento.

Al terminar la carrera, el psicólogo supuestamente se encuentra preparado para afrontar situaciones profesionales. No obstante, el enfrentamiento con la realidad obliga al reconocimiento de que prácticamente es necesario iniciar un estudio profundo de temas relacionados con el área elegida de trabajo.

Así, al asignársele una serie de funciones como psicólogo, resulta que en primer lugar existe una distancia notable entre el uso de términos por el psicólogo y por otros profesionales de la salud, lo cual dificulta la interacción efectiva. Esto hace necesario el aprender terminología a la cual difícilmente se tuvo acceso en la Facultad. En muchas ocasiones incluso, es hasta el ejercicio profesional que se tiene contacto con los diversos tipos de pacientes.

Por otro lado, si bien existió un nivel preparatorio en el uso de instrumentos, consideramos que es hasta que se ha tenido experiencia constante con ellos cuando se valora su utilidad y pueden proponerse formas alternativas de optimizar su utilización, que es lo reportado en este trabajo.

En relación a los cuadros de concentración que se --

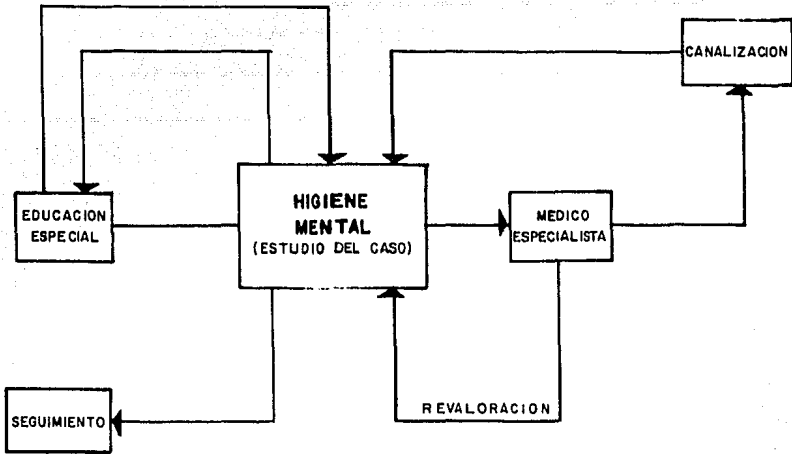
presentaron, cabe mencionar que consideramos de utilidad esos datos, ya que a nivel oficial difícilmente se detallan aspectos como los que manejamos y que son importantes en el sentido de permitir afirmar la participación del psicólogo como definitiva para el trabajo que se realiza en instituciones como el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, además de proporcionar información a otros psicólogos sobre interacciones entre diversos factores.

Referente a la participación del psicólogo en una institución como el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, consideramos importante hacer notar que, si bien el trabajo realizado por él permite decisiones y acciones definitivas, no es apreciado en todo su valor. En resumen, el psicólogo interviene en las siguientes actividades:

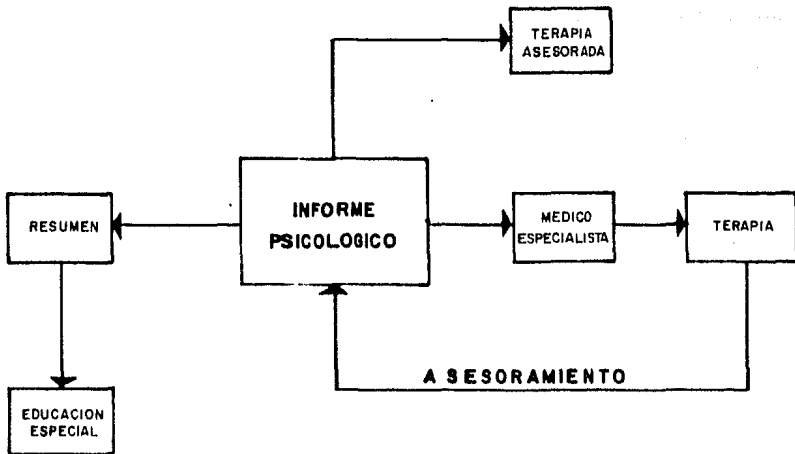
- Valoración.
- Asesoría a los profesionales participantes en la pluridisciplina.
- Orientación a los padres de los pacientes.
- Discusión de los casos.

A continuación, se esquematiza esa participación a nivel de diferentes instancias y acciones.

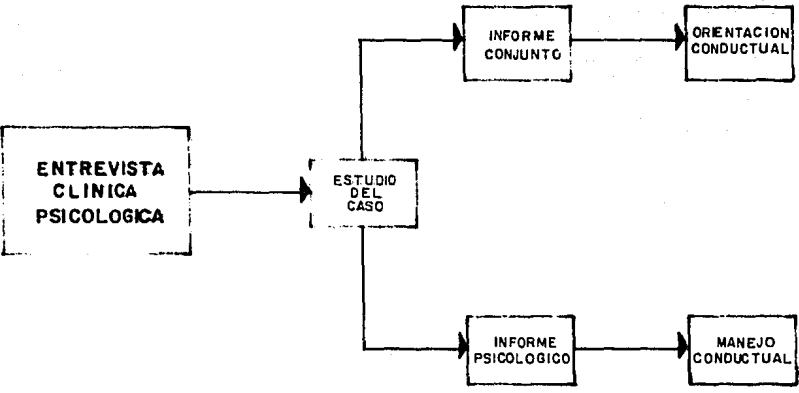
VALORACION



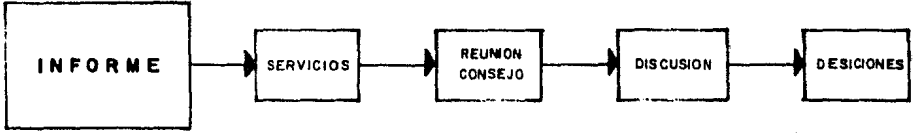
ASESORIA A PROFESIONALES



ORIENTACION A LOS PADRES



DISCUSION DE LOS CASOS



Como puede observarse, el trabajo que realiza el psicólogo representa el inicio de una cadena de actividades. No obstante, a nivel institucional, al psicólogo se le considera como personal paramédico, no profesional. Además existe un nivel de tabulación bajo para el mismo, ya que percibe un sueldo por debajo del asignado al personal técnico en Rehabilitación.

Es un hecho que las actividades del psicólogo en la Educación Especial son fundamentales, pero las que realmente se realizan están circunscritas en su mayoría a las zonas urbanas. Esto crea problemas de sobre-población respecto al número de pacientes que deben atenderse con la consecuente insuficiencia de personal. Por otro lado, muchos pacientes de comunidades rurales se ven obligados a asistir a los centros urbanos, pudiendo evitarse esto con la presencia de psicólogos en esos sitios para realizar un prefiltro, cosa que no existe a la fecha.

No solamente lo anterior es un problema importante, sino que además no existen psicólogos, ni dispuestos, ni preparados para atender problemas a nivel de esas comunidades.

Otro punto que hemos considerado necesario hacer notar, se refiere a que no existen lineamientos generales respecto a las actividades de los psicólogos dentro de la Dirección de Rehabilitación que permitan unificar criterios de trabajo en la Provincia. Esto propicia que en cada entidad se realicen trabajos independientes que incluso dificultan la comunicación interdisciplinaria.

Finalmente, queremos enfatizar las posibilidades de trabajo a nivel del campo de la Educación Especial. Por ello, es necesario considerar que el psicólogo interesado en esta área debe estar preparado fundamentalmente en forma práctica, en aspectos que a través de nuestra experiencia hemos detectado como deficientes. Estos aspectos son:

- 1.- El adiestramiento en los diferentes problemas de atipicidad.
- 2.- La preparación en técnicas efectivas de valoración y manejo de problemas de atipicidad.
- 3.- El ubicar al estudiante en los aspectos generales y específicos de la Educación Especial y la participación del psicólogo en este campo.
- 4.- La preparación para la valoración y manejo de -- problemas de aprendizaje.
- 5.- Fundamentalmente, preparar al estudiante en el sentido de que el ser psicólogo no significa tener todas las soluciones en la mano, sino que su participación es solamente parte de una acción conjunta entre profesionales. Que si bien su papel es determinante, es indispensable que aprenda a trabajar pluridisciplinariamente.

Como último comentario, creemos necesario resolver el problema que se ha mencionado referente a la minusvalía a sociada a la labor del psicólogo y se prefiere a otros profesionales afines.

En última instancia, parece que la solución es: tan to crear conciencia gremial entre los psicólogos, de manera que no sean éstos mismos los que pongan barreras a sus colegas, como crear organismos colegiados que regulen las actividades profesionales con el fin de mantener un mínimo decoro profesional y económico.

Para terminar, cabe hacer notar que el presente trabajo pretende comunicar ante todo una experiencia de trabajo que consideramos podría ser útil para otros psicólogos dedicados al campo de la Rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

Anastasi, Anne. Tests psicológicos, Ed. Aguilar, México, 1971.

Bender, Laretta. Test gualtaltico visomotor, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1975.

Bernaldo de Quiroz, Julio. Las llamadas afasias infanti -- leés, Ed. Panamericana, Argentina, 1973.

Bernaldo de Quiroz, Julio y Della Cella. La dislexia en la niñez, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1974.

Bijou, Sidney y Baer, Donald. Psicología del desarrollo infantil, Ed. Trillas, México, 1975.

Brain, Lord. Alteraciones del lenguaje. Afasia, apraxia y agnosia, Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1976.

Cricmay, Marie. Logopedia y el enfoque Bobath, Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1974.

Cruickshank, William. Psicología de los niños y juvenes -- marginales, Ed. Prentice-Hall Internacional, Barcelona, 1973.

Ferinden, W. y Jacobson, S. Interpretación educacional de la Escala Wechsler para niños, Traducción de Elke Kort y Rufina Sevilla, Edición mimeográfica del Dpto. de Psicología de la Dirección de Educación Especial de la Se-

Secretaría de Educación Pública, México, 1978.

Frostig, Mariane. Método de la evaluación de la percepción visual, Ed. El Manual Moderno, México, 1966.

Gesell, Arnold y Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo -- normal y anormal del niño, Ed. Paidós, Argentina, 1974

Kager, S. y Basel. Trastornos de la audición en el niño, -- Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1974.

Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. Trastornos del lenguaje, - la palabra y la voz en el niño, Ed. Toray-Masson, España, 1979.

Morales, Ma. Luisa. Psicometría aplicada. Biblioteca técnica de Psicología, Ed. Trillas, México, 1976.

Perellon, J. Sordomudez, Ed. Panamericana. Argentina, --- 1975.

Raven, J. C. Tests de Matrices Progresivas, Ed. Paidós, -- Buenos Aires, 1975.

Ribes Iñesta, Emilio. Técnicas de Modificación de conducta, su aplicación al retardo en el desarrollo. Ed. Trillas, México, 1975.

Rusk Howard, A. Medicina de Rehabilitación, Ed. Interamericana. México, 1966.

Sattler, Jerome M. Evaluación de la inteligencia infantil, -
Ed. El Manual Moderno, México, 1977.

Thorndike, R. y Hagen, Elizabeth. Tests y técnicas de medi-
ción en Psicología y Educación, Ed. Trillas, México ---
1975.

Tohen Zamudio, Alfonso. Medicina y Rehabilitación, Distribui-
dora University Society Mexicana, S.A., México, 1970.

Velasco Fernández, Rafael. "La enseñanza de la Psicología en
México", Revista de la Educación Superior, Vol. VII, No
26. ANUIES, México, abri-junio de 1978, pp 5-18.

-----Memoria de la Dirección General de Rehabilitación 1970 -
1976, Ediciones de la Secretaría de Salubridad y Asisten-
cia, México, s/f.

-----Diseño de Modelo de Programa Estatal de Rehabilitación --
(CREE), Ediciones de la Secretaría de Salubridad y Asis-
tencia, México, 1976.