



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**ACCIONES PARA MEJORAR LA
CALIDAD DEL SERVICIO DE
EDUCACIÓN ESPECIAL QUE
BRINDA LA CUSI-IZTACALA**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
KARINA ZAMORA MUÑOZ**

ASESOR: DRA. PATRICIA ORTEGA SILVA
DICTAMINADOR: MTRA. PATRICIA ANABEL
PLANCARTE CANSINO
DICTAMINADOR: MTRA. MARTHA ELBA
ALARCÓN ARMENDÁRIZ



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Quiero agradecerte por ser tan bueno conmigo,
por siempre estar a mi lado y llenarme de bendiciones,
gracias por haberme dado los mejores padres,
los mejores hermanos, el mejor amigo y compañero
y sobre todo la dicha de pertenecer a la
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Gracias por permitirme concluir una etapa más en mi vida.
Jamás dejaré de amarte y agradecer todo lo que has hecho por mí.

A MIS PADRES

Mamá y Papá, los amo,
este éxito es únicamente el reflejo de los
sacrificios que han hecho por mí.
Gracias por enseñarme a luchar por lo que quiero,
ahora sé que con esfuerzo y constancia
se consiguen los más grandes logros.
Gracias por guiarme en cada paso que doy.

A MIS HERMANOS

Claudia, Miguel y Fabian les agradezco su compañía,
su amor y sus ánimos que me dieron para seguir adelante.
Los amo y sé que pronto alcanzarán todas las metas
que se propongan.

A ALFREDO

Por tu amor, apoyo, comprensión y constante estímulo
para el logro de esta meta. Gracias por estar a mi lado,
sabes que este éxito también es tuyo. Te amo mi amor.

A LA DRA. PATRICIA ORTEGA

Mil gracias por sus valiosas aportaciones,
por su presencia incondicional y por brindarme la oportunidad
de recurrir a su capacidad y experiencia técnica y científica.
Por su confianza y amistad.

A LA MTRA. PATRICIA PLANCARTE

Mi más sincero agradecimiento por su inigualable
y generoso apoyo para la realización de este trabajo.
Pero sobre todo por su confianza y afecto.

A LA MTRA. MARTHA E. ALARCÓN

Agradezco su invaluable tiempo
y permanente disposición, así como sus
valiosas críticas para mejorar el presente.

A TANIA, ESTRELLA Y MÓNICA

Por su excepcional amistad, por su continuo
y afectuoso aliento que siempre me brindaron.

A LA FAMILIA ABURTO GARCÍA

Por estar al pendiente de mí, por su enorme cariño,
apoyo y consejos. Pero sobre todo por hacerme
sentir como parte de su familia.

**FINALMENTE AGRADEZCO A TODAS LAS PERSONAS
QUE CONFIARON Y ME APOYARON EN TODO MOMENTO.
SIN SU AYUDA NO HUBIERA PODIDO LOGRARLO...
MIL GRACIAS**

ÍNDICE

✓ INTRODUCCIÓN.....	1
---------------------	---

✓ CAPÍTULO I

1. LA PSICOLOGÍA Y SU VÍNCULO CON LA EDUCACIÓN ESPECIAL PRINCIPALES INSTITUCIONES

1.1 Aspectos básicos sobre Psicología.....	5
1.2 Breve historia sobre el desarrollo de la Psicología.....	6
1.3 Psicología Conductual e Interconductual.....	8
1.4 Campos de aplicación de la Psicología.....	10
1.5 Psicología Educativa.....	12
1.6 Educación Especial.....	13
1.7 Marco histórico sobre Educación Especial en México.....	16
1.8 Perspectiva actual de algunas Instituciones de Educación Especial en México.....	20

✓ CAPÍTULO II

2. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS Y SU MEJORA EN LA CALIDAD

2.1 Concepto de Servicio Social, Programa y Servicio.....	32
2.2 Evaluación de programas y servicios.....	35
2.3 Procedimiento de la evaluación de programas y servicios.....	36
2.4 Utilidad de la evaluación de programas y servicios.....	41
2.5 Evaluación de la calidad en los servicios de salud.....	42
2.6 Importancia de la calidad en los servicios para personas con discapacidad.....	48
2.7 Mejora en la calidad del servicio del área de Educación Especial de la CUSI-Iztacala.....	51

✓ CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1	Participantes.....	55
3.2	Materiales.....	56
3.3	Procedimiento.....	58

✓ CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1	Resultados.....	59
4.2	Sugerencias.....	67
4.3	Diseño de propuestas.....	71

✓ CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1	Discusión y conclusiones.....	72
-----	-------------------------------	----

6. REFERENCIAS

7. ANEXOS

RESUMEN

En los últimos años se está exigiendo que los servicios ofrecidos a las personas con algún tipo de discapacidad estén sujetos a evaluaciones, con la finalidad de conocer si estos servicios son de calidad y adecuados a sus necesidades. Así, dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala se llevó a cabo una evaluación del servicio de Educación Especial, tomando en consideración las sugerencias de las madres y padres de los usuarios, profesores y alumnos. El objetivo fue diseñar propuestas concretas y factibles de realizar con el fin de mejorar la calidad del servicio. Los resultados mostraron que el servicio es considerado en general por las madres y padres como “muy bueno” y por los profesores y alumnos como “bueno”. Las poblaciones evaluadas mencionaron algunas sugerencias para mejorar la calidad del servicio, las cuales fueron diseñar un reglamento para mejorar la percepción que tiene el usuario respecto al servicio; un tríptico y un folleto con el propósito de informar a la comunidad acerca de los servicios que brinda la CUSI y así mejorar la atención brindada a los usuarios del servicio de Educación Especial y Rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

Impregnada de los diferentes sistemas y corrientes de pensamiento, la psicología para ser comprendida, debe ser estudiada desde sus orígenes en cada una de sus áreas de investigación y campos de aplicación, es decir, dependiendo del modelo teórico que la sustente es como reconocerá su objeto de estudio. Para la psicología conductual, como su nombre lo indica, el objeto de estudio es la conducta de las personas, producto de una serie de interacciones que cada individuo tiene con su medio ambiente físico y social (Harrsch, 1992).

Así pues, dentro del ámbito de la Psicología podemos encontrar el campo de la Educación Especial, el cual a través del tiempo, ha sufrido considerables transformaciones. Y es que sin lugar a dudas, desde el principio de la historia se ha comprobado que existen diferencias entre las personas según el desarrollo de sus capacidades básicas. De tal forma que si nos remontamos a épocas anteriores, encontraremos que esas personas “anormales”, sufrieron un trato desigual por parte de los supuestamente “normales”. Fue en Europa durante el siglo XVIII, cuando surge un interés por el campo de los deficientes mentales, los cuales empiezan a recibir un tratamiento médico-pedagógico (Guevara, Ortega y Plancarte, 2001).

Sin embargo, en México, el desarrollo de dicho campo se ha visto limitado por cuestiones económicas propias de este país, no obstante, el modelo educativo asistencial que dirigía el campo de la educación especial sufrió una importante transformación, logrando con ello un modelo terapéutico y pedagógico en constante reconstrucción para el servicio de las personas con necesidades educativas especiales, contribuyendo con esto, a la resolución de la problemática social.

De ahí que la Universidad Nacional Autónoma de México, requiera de la formación de profesionales altamente capacitados, que apliquen sus conocimientos en el campo de la psicología educativa y más específicamente en el contexto de la educación especial. En este sentido, desde 1978, dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en la carrera de Psicología se imparte la materia Psicología Aplicada Laboratorio V, enfocada al área de Educación Especial y Rehabilitación, la cual tiene como objetivo formar alumnos capaces de evaluar, diseñar y aplicar estrategias para atender a usuarios con requerimientos de educación especial y de esta manera proporcionar un servicio destinado a las personas que lo requieran.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se cuenta con la Clínica Universitaria de Salud Integral campus Iztacala, la cual tiene como funciones: Fortalecer el proceso enseñanza aprendizaje de los profesionales de la salud en formación, mediante la atención integral a la población, asesorados por profesores calificados en cada área. Y así, con el fin de cumplir con el objetivo de atender las necesidades y demandas de los ciudadanos, los estudiantes, profesionales en formación, realizan actividades destinadas a la aplicación de los conocimientos adquiridos, involucrando así, el ejercicio de la práctica profesional en beneficio de la sociedad, es decir, cumplen dentro de la CUSI-Iztacala con su servicio social.

Así pues, la puesta en marcha de importantes prestaciones y recursos sociales lleva aparejada la necesidad de proceder a un control del modo en cómo se desarrollan estos servicios y, muy especialmente, de los resultados que alcanzan, por tanto, dentro de la CUSI-I el creciente interés por conocer las características de la demanda, de la cobertura poblacional y de la contabilidad presupuestaria, así como de su eficacia y de la mejora del servicio (Hernández, 1995); ha conducido a la evaluación del servicio de Educación Especial y Rehabilitación.

De tal forma que, una vez efectuada la evaluación de los programas y servicios de Educación Especial y Rehabilitación, se procederá a analizar la calidad del

servicio, utilizando como indicador la satisfacción del mismo, propuesto por Donabedian, (1993 citado en Ramírez, Nájera y Nigenda, 1998), en donde las bases conceptuales y metodológicas de dicha evaluación, se han venido justificando en su modelo de “calidad de la atención”. Donabedian propone tres dimensiones a partir de las cuales se puede obtener información, acerca de los aspectos relacionados con la estructura (recursos humanos, físicos y financieros), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la terapia) y el resultado (cambios atribuidos a la atención recibida). Dicho análisis ha sido una contribución muy importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.

Ramírez, Nájera y Nigenda, (1998), exponen que a partir de evaluar la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario, es posible obtener de éste un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se obtiene información que beneficia a la organización, además de que el método mencionado anteriormente, representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

De ahí que implicar a los usuarios del servicio (padres y madres), alumnos y docentes, en la evaluación del área Educación Especial y Rehabilitación de la CUSI-Iztacala, permitirá obtener sugerencias para mejorar la calidad de dicho servicio. Así como lo mencionan, Gonzalves, Minderler y Tompkins, (1995 cit. en Zas, 2004), se podrán planificar estrategias, tomando en consideración las necesidades y los intereses, no únicamente de los que brindan el servicio, sino de la población usuaria, de acuerdo a sus propios criterios y opiniones.

A raíz de estas cuestiones, el presente trabajo tiene como principal objetivo: diseñar propuestas concretas y factibles de realizar, con base en las sugerencias de las madres y padres de los usuarios, profesores y alumnos; con la intención de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que ofrece la CUSI, en relación con: a) la institución, b) los usuarios, c) los docentes y d) los alumnos.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, comenzaremos haciendo un recorrido en el primer capítulo acerca de la Psicología y su vínculo con la Educación Especial, abordando algunos aspectos básicos de esta disciplina, así como sus campos de aplicación, específicamente el área de Educación Especial y sus principales instituciones en México.

En el segundo capítulo se abordará el tema de evaluación de programas y servicios, en el cual se presentan algunas definiciones sobre evaluación, qué son los servicios para discapacitados, las etapas de la evaluación y la utilidad de los resultados, así como de la importancia de la evaluación, de los servicios de calidad concretamente para discapacitados y finalmente y no menos importante, se abordará la temática relacionada con la mejora en la calidad del servicio de Educación Especial y Rehabilitación que brinda la CUSI-Iztacala. Posteriormente se muestra la metodología, es decir, las características de las tres poblaciones evaluadas y el procedimiento a seguir para la formulación de las acciones que pueden mejorar la calidad. En el cuarto capítulo se presentarán los resultados del presente y finalmente el siguiente capítulo estará enfocado a presentar la discusión y conclusiones que se derivan de dicha investigación.

CAPÍTULO 1

LA PSICOLOGÍA Y SU VÍNCULO CON LA EDUCACIÓN ESPECIAL PRINCIPALES INSTITUCIONES

1.1 Aspectos básicos sobre Psicología

En la actualidad el campo de la psicología se encuentra muy generalizado, con respecto a su definición, y es que, es muy difícil poder precisar en una sola definición escueta lo qué es, dado que según Keller (1995), algunas definiciones se basan en pocos datos y generan sólo unos cuantos fundamentos.

Con respecto a su objeto de estudio, sabemos que la psicología estudia los seres humanos, pero indudablemente con esto no queda configurado ni delimitado con exactitud su campo de operación, porque muchas otras ciencias también se ocupan del hombre y lo enfocan como objeto de estudio. A raíz de lo anterior, Barón, Byme y Kantowitz, (1980), afirman que, parece importante partir de la afirmación de que la psicología debe estudiar, seres humanos reales y concretos, es decir, evitar explicaciones mentalistas.

También en la actualidad, algunos estudiosos discrepan con la opinión de que la psicología sea una ciencia y es que “con frecuencia tales objeciones proceden de un concepto erróneo básico y generalizado sobre el significado de la palabra ciencia”. Ya que la palabra ciencia “se refiere a un conjunto general de métodos que, en su mayoría, son independientes de cualquier área específica de temas y que sirven para contestar preguntas de muy diversas índoles. Por lo tanto, en casi todos esos métodos se requiere que haya observación sistemática y experimentación directa. De esta manera asignar a cualquier campo de estudio el calificativo de científico sería adecuado, con la condición de que dicho campo utilice métodos científicos” (Barón, et al. 1980, p.8).

De esta manera, Barón, et al., sugieren que los psicólogos pueden utilizar los métodos científicos fundamentales para estudiar algunos aspectos fascinantes de la conducta. La única condición para estudiar la conducta sería que, cuando se adoptara el método científico, los procedimientos y el equipo, que pueden ser muy distintos de los que se utilizan en otros campos, sean concretos y específicos.

No obstante, nos topamos con otra problemática y es que según Bleger (1985), el desarrollo de la ciencia se encuentra muy vinculado al desarrollo de la sociedad humana y a la de sus necesidades ó en otros términos, a la necesidad de supervivencia de la especie. Con esto queremos dar a entender, que hasta ahora, todo proceso científico ha empujado los factores de cambio social que, por su puesto, entran en pugna con todas las fuerzas sociales que tienden a la preservación de una configuración social dada. De esta manera, los avances y retrocesos científicos y filosóficos se hayan ligados a complejos procesos históricos.

Sin embargo, el estudio de la psicología es mucho más que una problemática, por lo tanto trataremos de nivelar el terreno por donde guiaremos esta investigación.

1.2 Breve historia sobre el desarrollo de la Psicología

Como hemos mencionado anteriormente, durante la segunda mitad del siglo XIX empezó a aceptarse el concepto de psicología como ciencia. Desafortunadamente es difícil establecer una fecha precisa del nacimiento de esta disciplina, pues su evolución fue gradual. La fundación del primer laboratorio dedicado de modo exclusivo a la investigación psicológica, acontecimiento que tuvo lugar en Leipzig Alemania en el año de 1879, por obra de Wilhelm Wundt, marca según Barón, Byrne y Kantowitz (1980), el periodo en que esta disciplina surgió finalmente como un campo independiente, gracias a la gran insistencia de Wundt y de sus seguidores por continuar con los rigurosos y cuidadosos métodos de investigación por parte de la psicología.

Posteriormente, para el año de 1913, Jonh B. Watson afirmaba que el tema propio de la psicología no era la experiencia consciente, sino la conducta. Las ideas de Watson, tuvieron de inmediato un profundo efecto en la psicología. Sin embargo, influidos por tales ideas, los psicólogos ignoraban los notables efectos que tienen en la conducta los factores cognoscitivos.

Otro de los investigadores que contribuyó en el estudio de la psicología fue B. F. Skinner, puesto que la explicación de la conducta, postulado por Keller (1995), ya no estuvo más centrada en el sistema nervioso, la vida mental o la existencia de algún “agente externo”; en vez de eso, la respuesta la encontró dentro de las situaciones ambientales, pasadas y presentes. No obstante este sistema estaba incompleto, pues contenía únicamente el esquema de dicha estructura. Empero, llevó la teoría del reforzamiento hacia el campo del lenguaje y del discurso humano, con un novedoso tratamiento, que traspasó completamente el punto de vista dualista del lenguaje como medio de expresión de las ideas personales. Posteriormente Skinner llevó sus análisis del laboratorio al campo de la práctica educativa y del diseño cultural. En realidad, hasta hace pocos años empezó a considerarse que los efectos que tienen en la conducta los procesos cognitivos eran dignos de estudio (Barón y cols., 1980).

Pocos son los autores que se han descrito en el presente trabajo, sin restar importancia a todos los colaboradores que han influido en la psicología, se decidió mencionar estos antecedentes con el fin de enmarcar la historia de la psicología, para un mejor entendimiento de esta temática, pues está claro que la psicología no puede mirarse desde la perspectiva de un solo sistema, antes bien, hay que conocer el pasado para comprender el presente; siendo necesario investigar los orígenes de la psicología en cada una de sus áreas de investigación y campos de aplicación y cómo es que se han impregnado de los diferentes sistemas y corrientes de pensamiento a lo largo de su proceso histórico (Harrsch, 1992).

Como se mencionó anteriormente, la psicología tiene definido su objeto de estudio en función de las corrientes psicológicas, y estas no son presentadas exclusivamente como contradictorias, pero falta sin duda considerar que la contradicción no excluye la unidad y que tampoco es, por sí misma, un índice decisivo de incompatibilidad. De esta manera, cada escuela es un fragmento de una única totalidad que hay que reconstruir (Bleger, 1985).

Harrsch (1992), considera actualmente a la Psicología como una ciencia, es decir, un proceso dinámico en el avance de las diversas áreas de investigación, que la identifican como disciplina y que sustentan el fortalecimiento de los campos de aplicación que la identifican como una profesión tales como: el clínico, el educacional, el social, el industrial y el general-experimental.

1.3 Psicología Conductal e Interconductual

Después de la mitad del siglo XX, el apogeo de las escuelas o corrientes psicológicas disminuyó a raíz de la expansión de diversas áreas de investigación y la ramificación de los campos de aplicación surgidos de la multiplicidad de contribuciones valiosas, que los propios sistemas vertieron a través de nuevas teorías, métodos y técnicas para abordar el conocimiento del hombre en el marco de las ciencias psicológicas y que conforman su identidad actual (Harrsch, 1992).

Aún cuando nos vemos sumergidos dentro de la problemática psicológica, hablaremos de dos corrientes que dentro del presente trabajo, marcan el rumbo, por donde transitará dicha investigación, por ende, es necesario, delimitar el terreno y hablar un poco más acerca de estas teorías.

Por un lado, la teoría conductual, es considerada no cognitiva, es decir, no emplea explicaciones mentalistas, centrándose más bien, en tratar de estudiar los efectos del medio exterior sobre la conducta. Siendo así, el principio básico del conductismo, que la conducta humana se compone de diversas respuestas que se pueden observar y relacionar con otros elementos observables, para comprender lo que las personas hacen, tiene uno que estudiar sus ambientes

anteriores y actuales. Una de las causas del éxito de este planteamiento, radicó en considerar el estudio de las contingencias ambientales como el centro conceptual de la investigación psicológica (Gearheart y Gearheart, 1989, cit en Escoriza, 1998).

Según Haring y Kennedy, (1992; Escoriza, 1998) el conductismo ha tenido una gran influencia en la orientación de las prácticas educativas, en la fundamentación teórica de la investigación, la evaluación y la intervención en el campo de las dificultades de aprendizaje, ya que, su interés principal radica en: si las técnicas de refuerzo son la causa de la formación de las conductas de aprendizaje deseadas en los individuos, el control de las conductas operantes es un mecanismo eficaz para el aprendizaje de conductas complejas. Dichos procesos complejos son segmentados en componentes de habilidades ordenadas en una secuencia que constituye una progresión jerárquica y que enseñadas paso a paso a través de un proceso definido, finaliza en el aprendizaje de habilidades superiores propias de conductas complejas. Considerando que la mayor parte de la conducta humana se aprende, y precisamente por esto, se puede modificar casi cualquier modo de actuar, modificando el ambiente del individuo.

Por otro lado, la Teoría Interconductual describe las interacciones que se dan en cada momento y medio de contacto, teniendo en cuenta la influencia de los factores situacionales y de la historia. Desde el punto de vista interconductual existen dos factores primarios en todos los eventos psicológicos, y siempre operan en un campo de eventos complejos que se desarrollan en el comportamiento del organismo, siendo estos: a) el ambiente biológico y b) los eventos de la evolución cultural. Con base en estos postulados Kantor (1980), sostiene que la tarea del psicólogo interconductual es almacenar el periodo de imposición de los poderes místicos sobre los organismos y su conducta, ya que son consecuencia directa de las condiciones sociales. Y al evitar excluir las formulaciones referentes a los procesos ocultos, se evita la imposición de dicha teoría.

“Las teorías conductual e interconductual conciben la conducta de las personas como el producto de una serie de interacciones que cada individuo tiene con su medio ambiente físico y social, a lo largo de su vida” (Bijou y Dunitz, 1981; Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla, 1983, cit en Guevara, Ortega y Plancarte, 2001, p. 17).

Es decir, los elementos que permiten analizar la conducta de una persona son: a) su historia de interacciones, b) el contexto y/o situación física y social en que ocurre la conducta y c) los elementos antecedentes y consecuentes momentáneos de esa conducta particular (Guevara, Ortega y Plancarte, 2001).

Dentro de estas posturas, debe quedar claro que, el individuo y su ambiente forman un todo indivisible, donde lo característico son las interacciones específicas e individuales, continuas e interdependientes, que se producen en cada momento y las que van a ser los determinantes de su conducta, tanto normal o adaptativa como desadaptativa, conformando un repertorio conductual único y determinando la individualidad de cada persona (Skinner, 1970; Bijou, 1975, 1982; Bijou y Baer, 1982; Luciano, 1992, cit en Durán, Delgado y Dengra, 1995).

En este sentido, las teorías conductual e interconductual, constituyen un marco adecuado, dado que no se centran únicamente en el individuo, sino que se amplía a las variables ambientales e interactivas. Centrando su orientación en lo que el individuo puede conseguir, más que en lo que no puede hacer (Giné, 1987, cit en Durán, Delgado y Dengra, 1995).

1.4 Campos de aplicación de la Psicología

Como se ha mencionado anteriormente, el comportamiento es considerado como una estructura compleja de respuestas de los individuos ante el medio social, en función de hechos históricos y presentes. La condición, la estructura biológica y los componentes históricos, culturales, de organización, políticos y económicos se conjugan como variables que determinan las acciones del

individuo. Siendo así, la tarea del psicólogo, ayudarse de otros profesionales sociales y naturales, para orientar y facilitar el crecimiento personal y de la comunidad (Harrsch, 1992).

El panorama actual en México, demanda de los psicólogos, además de la producción científica, el establecimiento de un puente entre los problemas que aquejan a la población en general y las contribuciones que la psicología puede hacer para resolverlos. Así se trata de una profesión que aplica sus conocimientos a la solución de problemas socialmente importantes. Percibiendo al psicólogo como un experto que, con base en el conocimiento de los mecanismos naturales que regulan el comportamiento, diseña, aplica y evalúa intervenciones encaminadas a la solución de problemas de relevancia social, a través de facilitar o inducir cambios en la conducta (Sánchez y Hernández, 1995).

A continuación se mencionan a *grosso modo* los cinco campos de aplicación de la psicología, con el fin de no caer en una larga lista de actividades específicas que se realizan en ésta disciplina. A raíz de la preocupación por la conducta humana, considerada desde el punto de vista individual, surge la psicología clínica que tiene como base la psicología de la personalidad e intenta conocer y más aún comprender lo que el ser humano tiene de singular (Shein, Sicilia y Sitt, 1981, cit. en Harrsch, 1992). Así pues, la necesidad educativa de promover el desarrollo integral del estudiante para que pudiese aprovechar sus recursos en el mejoramiento de su ambiente familiar y social surge la actividad psicológica relacionada con la orientación vocacional y más tarde, la psicología educativa se introdujo en el campo del perfeccionamiento de los métodos de enseñanza-aprendizaje, la conducta de los grupos, la interacción maestro-alumno y los problemas de lento aprendizaje (Luviano y Blanco, 1978, cit en Harrsch, 1992). La psicología industrial aparece en México en 1923 y surge de las necesidades del desarrollo de la tecnología industrial, insertándose el psicólogo en el ámbito empresarial (Mouret y Ribes, 1977, cit. en Harrsch, 1992). La psicología social, mantiene la preocupación de los filósofos por la naturaleza original del hombre y estudia las influencias socioculturales que intervienen en la actividad humana individual (Lartigue, 1981, cit. en Harrsch,

1992). Y por último dentro del campo de la psicología experimental-general, toma fuerza a partir de las investigaciones sobre neuropsicología y con el análisis conductual aplicado bajo el rubro de modificación de la conducta (Colotla y Gallegos, 1978, cit, en Harsch, 1992).

1.5 Psicología Educativa

Con base en lo anterior, cabe la necesidad de especificar el área de trabajo, que en este caso es la psicología educativa. Ausubel (1983, p. 21), la define como “una disciplina abocada al estudio de los procesos de la enseñanza y el aprendizaje; aplicando los métodos y la teorías de la psicología y también los propios”. Así también, Gibson (1985), señala que la psicología educativa consiste en el estudio científico de la conducta humana y de los principios según los cuales puede ésta dirigirse mediante la educación.

Debe quedar claro, que la psicología educativa no esta limitada al laboratorio, antes bien, está íntimamente relacionada con lo que pasa en cualquier situación en la que la gente aprende. Por ejemplo, Gibson (1985), postula que, las leyes del condicionamiento, que como se ha comprobado, son eficaces para la enseñanza tanto humana como de animales en el laboratorio, han probado también su eficacia cuando se las ha usado en cualquier situación natural Sin embargo, saber cómo aprende la gente, no nos dice cómo enseñar a las personas en el ambiente de un salón de clases. Ya que, no se trata de un establecimiento de reglas que deban acatarse, antes bien, requiere de análisis de situaciones y decisiones que como profesionales se deben probar. La teoría y métodos de enseñanza que se basan en las teorías del aprendizaje, deben ser analizados y probados también fuera del laboratorio. Los psicólogos estudian el aprendizaje y la enseñanza en el laboratorio, pero también en la escuela, las universidades, y muchos otros sectores más (Ausubel, 1978). Siendo también estudio del psicólogo, las diferencias individuales y la influencia de las mismas, en la forma en que aprenden las personas.

Harrsch (1992), considera que dentro del área educativa, el psicólogo se aboca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos que faciliten los procesos de aprendizaje y los factores emocionales que en él se involucran. Siendo así, su interés fundamental el estudio de la psicología del desarrollo infantil, educación especial y la evolución conceptual de la educación. Así mismo, su función se extiende a construir instrumentos de medición y evaluación, así como diseñar material educativo e instrumentar programas tendientes a promover el desarrollo de las personas que colaboran y están relacionadas con el proceso, la organización y la administración educativos.

1.6 Educación Especial

Como el retraso mental se define en términos de conducta, el único que puede hacer un diagnóstico técnicamente adecuado es el psicólogo. Siendo el procedimiento adecuado, que los padres adviertan cierta característica en su niño y lo presenten a algún médico; él que a su vez, lo remitirá generalmente con un especialista para que se aclare el caso. Un psicólogo medirá el desarrollo psicológico del niño, y si se sospecha que hay algún daño neurológico, se realizarán ciertos análisis. Sin embargo, cuando el daño no es visible, será probablemente la maestra de clases quien note dificultades en la escuela y el niño sea remitido por consentimiento de sus padres al psicólogo. Lamentablemente los psicólogos suelen apoyarse únicamente en una prueba de inteligencia estándar, sin atender para nada a la conducta de adaptación del niño (Ingalls, 1982).

Siendo el resultado una etiqueta, que con frecuencia se entiende mal no solamente entre el público en general, sino muchas veces también entre los profesionistas, ya que si una persona es diagnosticada como retrasada mental, se concibe a la persona como incapaz de aprender absolutamente nada. Y si se toma en cuenta la cuestión legal, estaremos quitando el derecho a que una persona asista a programas de educación especial o bien, que se incluya a las personas que dichos programas no superan sus expectativas.

Por estas razones es muy importante que se defina con toda claridad y de tal manera que queden incluidas todas las personas que puedan beneficiarse de los programas de educación especial y que queden excluidas aquellas personas que no requieren totalmente de dichos servicios (Ingalls, 1982).

Cabe tomarse en cuenta que a lo largo de este trabajo se utilizará el término discapacidad con el fin de referirnos a aquellas personas que requieren de educación especial sin utilizarlo peyorativamente, antes bien, se utilizará con el fin de describir únicamente una característica o atributo (Sánchez, 1997). De igual manera, la finalidad de definir la discapacidad, no es poner etiquetas a las personas que requieren una educación especial, sino al presentar las diferentes definiciones, podremos tener un panorama más amplio acerca de lo que significa en la actualidad tener alguna discapacidad y así aprovechar al máximo los beneficios que la educación especial brinda.

Existe en la actualidad un sin número de definiciones con respecto a la discapacidad, retraso mental, deficiencias, etc., a continuación se presentan algunas con el fin de observar que muchas veces estas definiciones dependen de la causa a la cuál se le atribuye la discapacidad.

“Los niños mentalmente retrasados han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido serias anomalías en el desarrollo mental...” (Luria, 1973, cit en Ingalls, 1982, p. 53). Muchos autores definen el retraso mental o mejor dicho la discapacidad en consideraciones teóricas acerca de la causa o naturaleza esencial del retraso.

Otra manera de definir la discapacidad se basa en función de qué tan bien se adapta el individuo al ambiente y cultura. “Una persona mentalmente deficiente es aquella incapaz de administrarse a sí misma y sus cosas, o incapaz de aprender a hacerlo y que requiere supervisión, control y cuidado especial por su propio bien y por el de la comunidad (Benda, 1954, p.115, cit. en Ingalls, 1982, p. 52).

Algunos otros autores, han definido la discapacidad exclusivamente en función del rendimiento en pruebas estandarizadas, es decir, todo aquel que tenga un Coeficiente Intelectual inferior a cierto nivel, estará considerado como deficiente.

A pesar de la existencia de múltiples definiciones la aceptada por el marco de la OMS (1983, cit. en Durán, Delgado y Dengra, 1995, p.1207), se enmarca el término discapacidad, junto con el de deficiencia y minusvalía como “toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano, debida a alguna deficiencia, es decir, una pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica, anatómica o social, ya sea temporal o permanente”.

Tomamos como referencia esta definición porque emplea un marco explicativo dentro del cuál, se enmarca dicha investigación. En muchas ocasiones la discapacidad que presenta un individuo limita o impide el desempeño de su rol normal en la sociedad, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales, por lo que la labor del psicólogo consistirá en actuar sobre la discapacidad, para así evitar la aparición de minusvalías (Durán, Delgado y Dengra, 1995).

Como podemos ver, a pesar de las múltiples definiciones causales, Durán, Delgado y Dengra, (1995), consideran que cuando nos enfrentamos a la discapacidad, se debe tomar en cuenta las condiciones biológicas, socioculturales, comportamentales e intelectuales, así como llevar a cabo un plan de prevención, intervención y evaluación de resultados. Y más puntualmente, el derecho a todos los servicios de educación, incluido el de un tratamiento adecuado, es decir, un esfuerzo de toda la población por hacer la vida de las personas que presentan una discapacidad, lo más normal posible.

Con base en estos postulados, el término Necesidades Educativas Especiales, nace como una nueva concepción de la Educación Especial, partiendo de que la educación es un derecho fundamental de toda persona y que los fines de la educación deben ser iguales para todos, presenten o no alguna discapacidad (Durán, Delgado y Dengra, 1995).

1.7 Marco histórico sobre Educación Especial

En la actualidad el campo de la educación especial ha sufrido grandes transformaciones y a pesar de ser estudiada por diferentes marcos conceptuales, es necesario tomar en cuenta su evolución histórica. La educación especial es tan antigua como el hombre, de tal manera que si nos remontamos a la Antigüedad Clásica, encontramos que las personas con alguna discapacidad, eran consideradas como seres que no merecían vivir, en la Edad Media podemos encontrar que estas personas, eran olvidadas, rechazadas e incluso temidas, perseguidas por los poderes públicos y religiosos por considerarlos como delincuentes, vagos, maleantes, etc. (Sheerrenberger, 1985, cit. en Ortiz, 1995). El periodo llamado Renacimiento, trae consigo grandes avances en el arte, la medicina y la geografía; y estas personas, reciben un trato más humanitario, considerándolas como personas.

Fue hasta el siglo XV, cuando se funda la primera institución para atender a enfermos psíquicos y deficientes mentales, la iglesia da una respuesta no únicamente humanista, sino educativa a personas con algún tipo de discapacidad sensorial (Guevara, Ortega y Plancarte, 2001). Durante el siglo XVI, el Fraile Pedro Ponce de León, aplicó sus conocimientos al servicio de los sordos, estableciendo la relación causal entre la sordera y el mutismo, para que al aprender y al comunicarse, pudieran tener la oportunidad de integrarse a la comunidad (Sánchez, E. P., 1997). Ya para el año de 1784, se crea el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, para que recibieran una educación específica, Louis Braille se integra a este instituto y más tarde crea el sistema de lectoescritura (una base de puntos en relieve para ciegos) que lleva su nombre (Ortiz, 1995).

Durante el periodo que comprende de la Ilustración a la Revolución Francesa, se producen avances muy importantes en el campo de las deficiencias sensoriales, ya que los niños sordos y ciegos son considerados como susceptibles de educación, lo que da lugar a trascendentales progresos en la educación de las personas con alguna discapacidad. A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, nace en Europa occidental y Estados Unidos de Norteamérica, una preocupación por las personas hasta entonces descuidadas. Al mismo tiempo, aumentaba la impresión de que el retraso no era una condición simple, sino que, las causas eran muy variadas y el retraso mismo tenía muchos niveles. Los deficientes mentales empiezan a recibir un tratamiento médico-pedagógico, porque ya se les identifica como tales, lo cual llevó a un avance en la comprensión del retraso mental y del desarrollo de terapias clínicas más especializadas (Ingalls, 1982).

Ya para el siglo XX, considerado como “El siglo de las Luces para la Educación Especial”, tiene lugar el nacimiento de esta disciplina propiamente dicha. Un hecho relevante que hay que destacar ocurrido a principios de este siglo, es la evaluación de la inteligencia y con esto el establecimiento de los niveles mentales, mediante la escala de Binet-Simon, que estudia de modo objetivo y científico el desarrollo del niño, dando con esto pie a muchos progresos de la psicología y pedagogía moderna, pues antes de las primeras pruebas no existía ningún método sencillo ni eficaz para diagnosticar el retraso (Ortiz, 1995). Otro de los personajes que influye notablemente en el desarrollo de esta disciplina es Decroly, quien en prácticas de hospital tiene contacto con los deficientes mentales y ve claramente que el tratamiento no puede llevarse a cabo a través de la medicina, sino más bien por la vía educativa, creando en 1901 en Bruselas una escuela especial para retrasados y anormales. En la década de 1930, la educación especial para niños física y mentalmente disminuidos, había superado el estado experimental y todos recibían la educación que les correspondía. Aunado a esto, en España, se crea en el año de 1935, el Patronato de Educación Especial para la Infancia Anormal; por otra parte surge la Organización Nacional de Ciegos, creada en el año de 1938, uno de cuyos objetivos principales es la formación de los niños y los jóvenes deficientes visuales.

Para los años treinta en E.U.A, estaban demasiado preocupados por la Gran Depresión posguerra para atender a las personas que tenían alguna discapacidad y esa misma depresión los llevó a cambiar el modo de pensar respecto al papel que tenía el gobierno en el campo del bienestar de los ciudadanos, es decir, se empezaron a convencer de que el gobierno tenía la responsabilidad de prestar ayuda a los ciudadanos menos afortunados. Siendo el resultado, mayor número de programas de beneficencia y seguridad social. Más tarde, esta nueva actitud abarcó también a las personas discapacitadas. Otro de los grandes cambios que modificó el rumbo de dicha disciplina dentro de este país, fue la investigación en la Universidad de Iowa, indicando que la inteligencia humana no era algo tan fijo como se había creído (Ingalls, 1982).

Posteriormente en los años cincuentas, se expandió la conciencia sobre la necesidad de atender a los alumnos retrasados, sin embargo, como resultado de esto, la imagen de la institución empezó a modificarse; de una imagen muy positiva (un lugar donde las personas discapacitadas podían recibir el cuidado y un tratamiento especial), a una imagen negativa (un lugar en donde se encerraba a las personas en contra de su voluntad y en donde su inteligencia se rebajaba todavía más), como resultado de las condiciones desfavorables. (Ingalls, 1982).

Fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando los cambios de actitud empezaron a tener efectos positivos, siendo un punto clave, la formación de la National Association for Retarded Children (NARC) en 1950, por los padres de niños retrasados y de otros ciudadanos interesados en ellos. Su sola formación, significó un gran paso hacia delante, ya que indicaba que un creciente número de padres de familia, en lugar de avergonzarse de sus hijos retrasados, estaban dispuestos a trabajar para lograr mejores servicios. Durante la década de los sesentas, la mayoría de los estados federativos, promulgaron leyes que imponían a los distritos escolares, la obligación de propiciar la educación especial de calidad a todos aquellos que pudieran beneficiarse de ella (Ingalls, 1982).

Hasta principios de la década de los sesentas, el gobierno federal de los E.U.A. no había tenido ninguna experiencia en la programación a favor de los retrasados, no obstante, el presidente Kennedy apenas subió a la presidencia en 1961, nombró un comité especial llamado President's Panel on Mental Retardation, al que ordenó organizar un plan para combatir el retraso mental; con este apoyo, los últimos años de esta década fueron testigos de leyes trascendentales promulgadas para proporcionar asistencia federal a los discapacitados.

Ya para el final de la década de los cincuentas y después de una larga evolución histórica, se da un cambio conceptual en cuanto a las atenciones que requieren las personas con discapacidad, puesto que aparecen nuevos conceptos. A este cambio se le denominó principio de normalización, ya que principalmente los padres se encontraban inconformes, dado que sus hijos se hallaban apartados del medio familiar, escolar y social; poniéndose en tela de juicio el objetivo de la educación especial, es decir, la integración social. Este movimiento tiene lugar principalmente en los países escandinavos, donde los teóricos proclamaban el derecho de todas las personas de llevar una vida lo más normal posible y donde el beneficio fuera el máximo objetivo. "El vivir unas condiciones de vida normales no implica convertir a la persona con deficiencia en no deficiente, no se refiere el principio a la normalización de la persona, sino a la normalización de sus condiciones de vida" (Ibáñez, 2002, p.154).

Como objetivo del principio de normalización, podemos hablar de otros principios, que se pueden situar en Europa, a finales de la década de los sesentas y principios de los setenta, llamados principio de integración, principio de sectorización de servicios y principio de la individualización de la enseñanza, los cuales parten de un valor social indiscutible, el derecho a ser diferente.

Estos principios fueron impulsados en 1978 cuando el Instituto Nacional de Educación Especial, pretende canalizar, coordinar y planificar todo lo relativo a la Educación Especial, derivándose del principio de normalización (Ibáñez, 2002, p.155).

- El principio de integración escolar, en función del cual todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria que les corresponda según su edad y situación geográfica.
- El principio de sectorización de servicios, que implica la creación de equipos multidisciplinarios que atiendan las necesidades del sector, sin dar lugar a la separación del niño de su medio natural.
- El principio de individualización de la enseñanza, según el cual es preciso llevar a cabo un programa de desarrollo individual para que el alumno deficiente asista a la escuela.

El principio de sectorización de servicios surge de la necesidad de llevar los servicios a las personas con alguna discapacidad, al medio en el que se desarrollan, por lo que se organizan los servicios por sectores geográficos, de población y de necesidades. Lográndose con ello, la demanda de multidisciplinariedad.

En cuanto a la individualización de la enseñanza, significa una atención al proceso personal de desarrollo del individuo, dotándolo de destrezas básicas y propiciando así el cambio de actitudes y comportamientos del grupo (Ibáñez, 2002).

1.8 Perspectiva actual de algunas Instituciones de Educación Especial en México

Los antecedentes respecto de este tópico en México, no han sido diferentes de lo ocurrido en el resto del mundo. Puesto que Ramos (2000), señala que desde la época Porfirista ya se reportaban casos de discapacidad, la Educación Especial no era tan importante por los momentos políticos que pasaba el país. No fue sino hasta el año de 1867 cuando se empieza a dar importancia a las deficiencias sensoriales, fundándose por iniciativa del Presidente Benito Juárez la primera Escuela Nacional para Sordomudos y en el año de 1870, la Escuela Nacional para Ciegos. Ya para el año de 1914, según Sánchez (1997), el Dr. José de Jesús González, científico precursor de la Educación Especial en México, organizó con sus propios recursos una Escuela Especial para

personas con retraso mental en la ciudad de León Guanajuato. Mientras en la ciudad de México Klingler (2000), señala que se fundó en 1918 la Escuela de Orientación para Varones y Niñas. Con la finalidad de que los niños con discapacidad pudieran encontrar empleo al llegar a adultos.

En el periodo comprendido entre 1919 y 1927, en la Ciudad de México, se fundaron dos escuelas de orientación para varones y mujeres por la UNAM, en donde empezaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica. Mientras en Guadalajara en este mismo periodo, el Profesor Salvador Punto Lima fundó otra escuela para personas con deficiencia mental.

En 1929, el Dr. José de Jesús González, plantea la necesidad de crear una escuela modelo en la Ciudad de México, por lo tanto se inaugura en el año de 1932 la Escuela Especial para niños Anormales, que hasta nuestros días lleva el nombre de Policlínica N.2 del D. F. Al mismo tiempo se crea el Departamento de Higiene Escolar y Psicopedagogía, atribuyéndoles al Dr. Santa María y al Maestro Lauro Aguirre, la promoción e implantación de técnicas especializadas para alumnos con retraso mental en el sistema educativo del país (Sánchez, 1997). Para el año de 1935, El Dr. Roberto Solís Quiroga, planteó la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país y como resultado se incluye en la Ley Orgánica de Educación, un apartado referente a la protección de las personas con retraso mental por parte del Estado. Creándose en este mismo año el Instituto Médico-Pedagógico, especializado en la atención a personas con discapacidad, en 1943 se inauguró la escuela de formación docente para maestros especialistas en este Instituto. En 1952 se fundó el Instituto Nacional de Audición y Foniatría, como reconocimiento de la necesidad de atender a las personas con otro tipo de deficiencias, dando paso así, al establecimiento del Instituto de Comunicación Humana (INCH), que hasta nuestros días atiende a un gran número de niños y adultos con problemas de aprendizaje, audición y lenguaje. Poco a poco, se le fue dando la importancia que merece la educación especial y para la década de los sesentas, se fundaron las escuelas 1 y 2 de perfeccionamiento y seis años más tarde se crearon diez escuelas en la Ciudad de México y doce en el interior del país (Sánchez, 1997).

Fue durante el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976), cuando se reconoció la problemática de la deserción escolar y se crearon los centros de atención psicopedagógicos conocidos como CREE (Centros de Rehabilitación y Educación Especial), los cuales permitieron atender a un mayor número de personas con requerimientos de educación especial.

Así pues, los servicios de educación especial en México durante años se clasificaron en dos grupos según las necesidades de los alumnos del sistema (SEP). El primer grupo abarcó a personas cuya necesidad de educación especial era indispensable para su integración, abarcando las áreas de retraso mental, trastornos de audición, visión y lenguaje e impedimentos motores. El segundo grupo, incluyó a personas cuya necesidad de educación especial era complementaria al proceso educativo regular, comprendiendo las áreas de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta (Sánchez, 1997).

De ahí que se empezará a colocar a los niños con problemas de aprendizaje y conducta en el programa "Grupos integrados" que funcionaron de 1970 a 1994. Hipotéticamente este programa se creó para niños que habían reprobado primero o segundo grados de primaria. Después de adquirir las habilidades necesarias, regresaban al tercer grado a estudiar en los salones de educación general, no obstante, los informes no se rendían a la escuela regular, sino a la de Educación especial, por lo que hubo una gran desvinculación.

De los servicios incluidos en el programa "Grupos integrados", se dio lugar a la creación de servicios paralelos, formándose la Unidad de Orientación Psicopedagógica (UNOP), la cual se basó en un modelo médico. El equipo profesional estaba constituido por un médico para evaluar a los niños, un maestro preparado para orientar a los maestros de grupo, un trabajador social, un psicólogo para diagnosticar posibles problemas de aprendizaje y un terapeuta de lenguaje.

Pero en 1990, se decidió que el modelo médico, no era adecuado para el ambiente escolar, así que la UNOP, se transformó en Unidad de Prevención de la Reprobación Escolar (UPRE), que se dedicó exclusivamente a la atención de problemas pedagógicos y, por consiguiente, no requirió de un médico en el equipo.

También se creó por estas mismas fechas, la Unidad de Segundo de Nivelación, el cual consistió en enseñar a los niños contenidos esenciales de primero y segundo grados, con el fin de prepararlos para acceder al tercer grado de primaria, siempre y cuando no tuvieran problemas de aprendizaje (Klingler, 2000).

A lo largo de este recorrido histórico, podemos observar que en el contexto mexicano, lograr una integración ha sido un camino difícil de recorrer, no obstante el trabajo a favor de la Educación Especial, aún sigue su camino en la actualidad.

En los recientes años se han hecho pronunciamientos a nivel nacional e internacional en torno al derecho que tienen todos los individuos de recibir educación de calidad. Tal es el caso de la reforma en 1993 del artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entrando en vigencia la nueva Ley General de Educación, la cual obliga a atender a las personas con requerimientos de Educación Especial. Esta nueva ley es el fruto de la política integrativa que se había formulado desde 1980, cuando la Dirección General de Educación Especial, difundió sus ideas en el documento “Bases para una Política de Educación Especial”, indicando la normalización e integración como principio de ésta (Sánchez, 2004).

Un año más tarde en 1994, durante la reunión de la UNESCO celebrada en Salamanca España, el tema se consolidó dando como resultado la “Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica, para las Necesidades Educativas Especiales (NEE)” cuya finalidad fue favorecer la educación integradora, reconociendo la necesidad y urgencia de impartir enseñanza a todos los niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas

especiales dentro del sistema común de educación. Respalda así, el Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales, cuyo espíritu, reflejado en sus disposiciones y recomendaciones, debe guiar a organizaciones y gobiernos (Sánchez, 2004).

En México, el Programa Nacional de Desarrollo Educativo 1995-2000 define a la integración educativa como una estrategia que garantiza lo dispuesto en la Declaración de Salamanca, en el Artículo 3o Constitucional y en el Artículo 41 de la Ley General de Educación. “La estrategia consiste en garantizar el acceso de todos los menores con discapacidad al currículo de educación básica. El propósito de esta estrategia es satisfacer las necesidades elementales de aprendizaje de los individuos con necesidades educativas especiales” (Sánchez, 2004, p. 5). Y tal acción se puede desarrollar en diferentes ámbitos: en la escuela regular con el apoyo psicopedagógico del personal especializado en las instituciones encargadas de ofrecer servicios escolarizados de educación especial o incluso llevando el servicio educativo especializado a las instituciones hospitalarias o a los hogares (Franco, s. f.).

De esta manera, la Educación Especial buscó generar las condiciones técnicas, materiales y de infraestructura, así como la elaboración de materiales y recursos necesarios para dar respuesta a los nuevos retos de la integración. De ahí que, a continuación se proporcionará una idea global de algunas instituciones que brindan atención a los usuarios con alguna discapacidad.

Centro de Atención Múltiple (CAM)

Esta institución educativa ofrece educación básica a los alumnos que no han ingresado a la escuela regular debido a que sus necesidades educativas especiales son mayores. Los criterios para el ingreso de los alumnos son: que presenten un retraso significativo (la atención entre más temprano, es mejor), que puedan expresar sus sentimientos y necesidades por medio de conductas simbólicas y no simbólicas, que se desplacen solos o con ayuda mínima y que tengan una edad cronológica mínima de 4 y máximo de 16 años para ubicarlos en el nivel y grado que les corresponda, con base en la evaluación inicial.

Sus principales objetivos son: promover la educación básica a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, realizando las adecuaciones pertinentes a la currícula para lograr el acceso de dichos alumnos, promover el desarrollo integral de los alumnos con necesidades educativas especiales, asociadas a discapacidad intelectual, sensorial o motora, mediante el trabajo interdisciplinario para favorecer su integración escolar, laboral y social conforme a sus requerimientos, características e intereses.

Orientar a los padres de familia de la comunidad educativa, acerca de los apoyos que requieren los alumnos con necesidades educativas especiales, para propiciar su integración familiar y social (Franco, s. f.).

Actualmente el CAM cuenta con las siguientes áreas de trabajo:

- ✓ Área Pedagógica
- ✓ Área de Lenguaje
- ✓ Área de Psicología
- ✓ Área de Educación Física
- ✓ Área de Trabajo Social
- ✓ Área de Terapia Física

Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)

Según Franco (s. f.) los equipos que trabajaban para los “Grupos integrados” se reorientaron y ahora se llama Unidad de Servicio de Atención a la Educación Especial (USAER) y no solamente atiende a los alumnos que no adquieren la lengua escrita en primero de primaria, sino a todos los alumnos de la escuela que presentan dificultades en el aprendizaje escolar, con la finalidad de elevar la calidad educativa de los alumnos que reciben este servicio.

Sus principales objetivos son: brindar atención a las necesidades educativas especiales en la escuela regular. La orientación a los padres de familia, acerca de los apoyos que requieren los alumnos. Atender de manera preventiva las

dificultades que se presentan durante el aprendizaje escolar. Y evaluar el proceso educativo de una manera permanente.

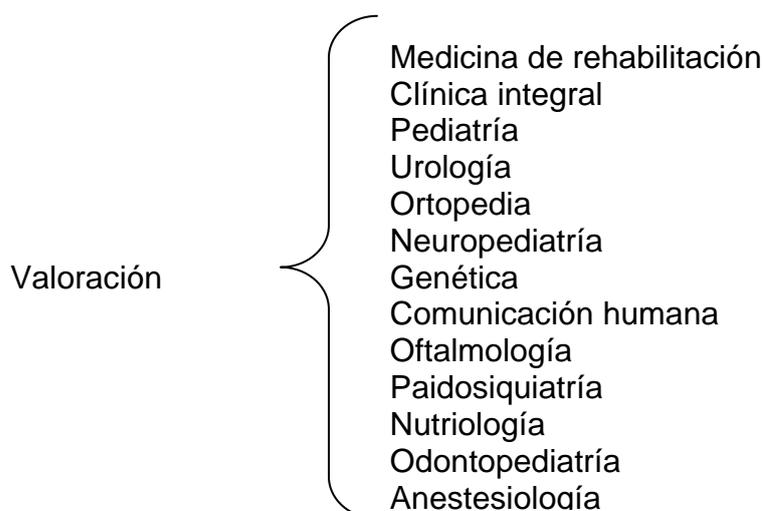
Su equipo de trabajo esta constituido por un maestro preparado para orientar a los maestros de grupo, un trabajador social, un psicólogo para diagnosticar posibles problemas de aprendizaje y un terapeuta de lenguaje.

TELETON

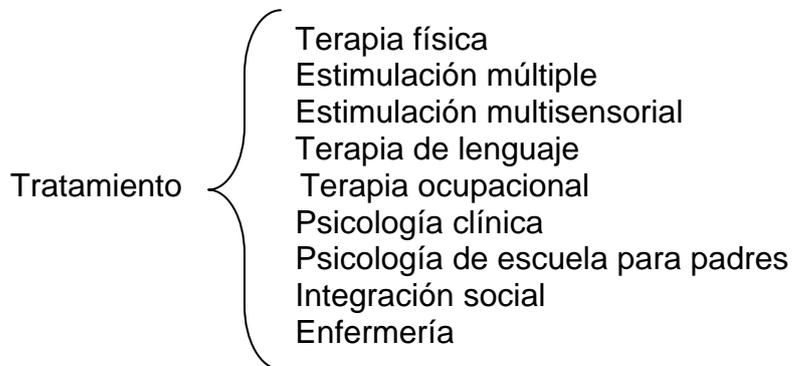
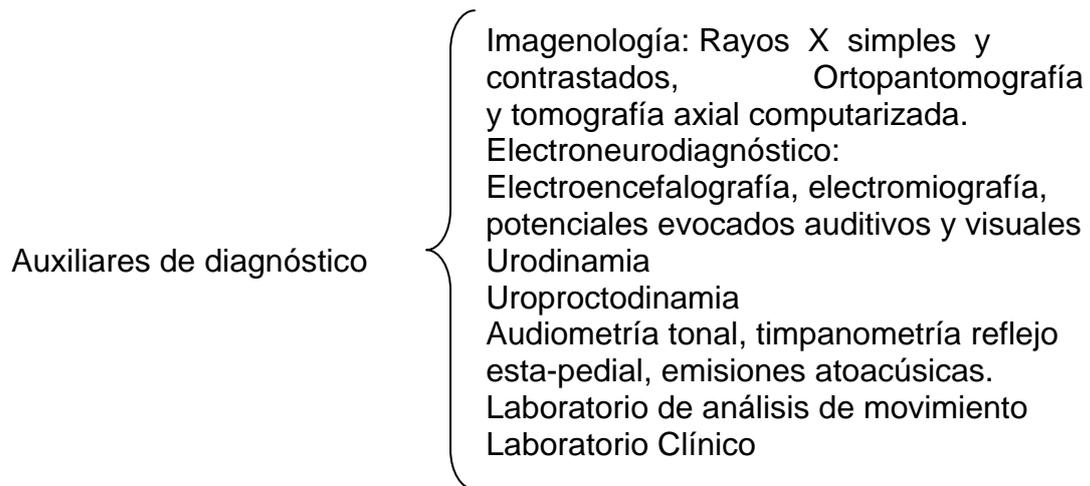
Es un proyecto de unidad nacional en donde se tiene la oportunidad de reunirse en torno a los valores y trabajar para la rehabilitación e integración de los niños y jóvenes con discapacidad, fue en el año de 1997 cuando se toma la iniciativa de llevar a cabo Teletón¹ en México.

Sus principales objetivos son: Promover la unidad nacional en torno a una causa en común, originar una cultura de integración a favor de las personas con discapacidad, construir y operar centros de rehabilitación para menores discapacitados y finalmente ayudar a otras instituciones que atienden a personas con discapacidad en México a través del fondo Teletón de Apoyo a Instituciones.

Actualmente Teletón cuenta con los siguientes servicios:



¹ Información obtenida de Internet <http://www.teleton.org.mx>



Proyectos generales de integración

- ✓ Club de amigos Teletón
- ✓ Verano Teletón



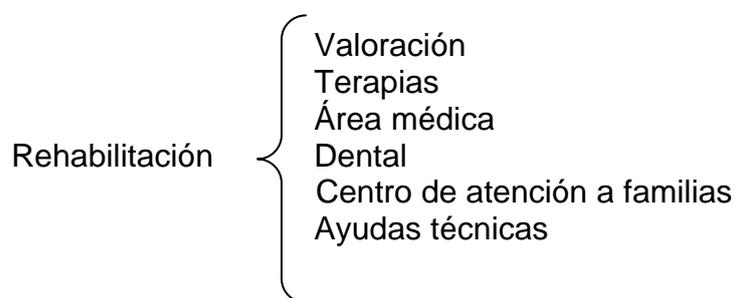
Asociación pro-personas con parálisis cerebral (APAC)

En 1970 se fundó APAC² como una institución de asistencia privada que se proponía fomentar el desarrollo físico, mental, así como la convivencia con la sociedad de las personas con parálisis cerebral. Pero fue hasta 1972 cuando se iniciaron los esfuerzos para brindar servicios completos y profesionales de educación (primaria y secundaria), rehabilitación (con terapia física, ocupacional y de lenguaje), actividades recreativas y apoyo psicológico para los alumnos y sus familias.

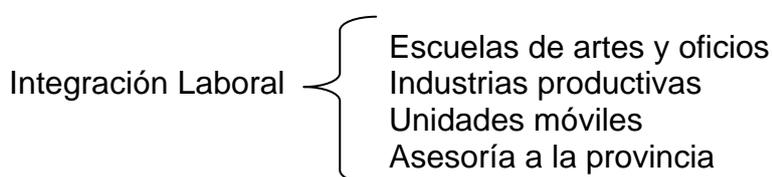
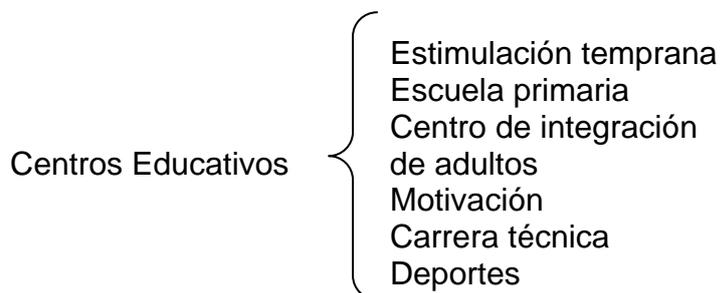
A las personas que atiende dicha institución, son aquellas que tienen un daño neurológico, no importando su severidad ni su edad, de hecho en 1981 se creó el centro de estimulación temprana al que fueron llegando cada vez más bebés con daño neurológico.

Sus principales objetivos son: Lograr el desarrollo integral de las personas con parálisis cerebral y otras capacidades diferentes a través de su participación, la de sus familiares y la de la comunidad en general. Así como fomentar los valores y promover una cultura de respecto a la diversidad humana.

Cuenta con tres principales áreas de trabajo que son: Rehabilitación, Centros Educativos e Integración Laboral.



² Información obtenida de Internet http://www.apac.org.mx/paginas_interiores/quees_iap3.htm



Madres Orgullosas de Seres Sorprendentes (MOSS)

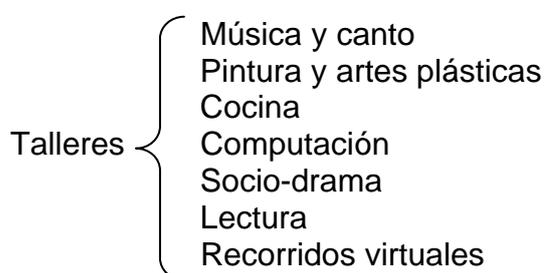
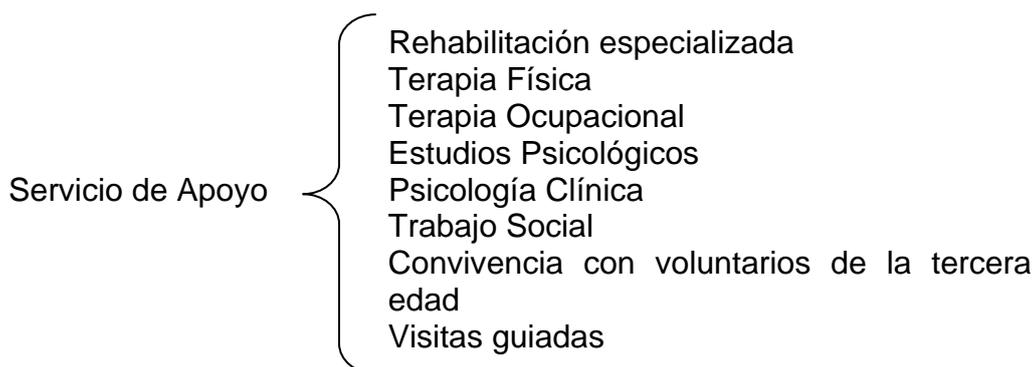
MOSS³ fue creada por un grupo de madres de niños con requerimientos de educación especial, las cuales por medio de la asesoría y el apoyo económico de otras instituciones dedicadas a la educación especial fundaron dicha institución.

Su principal objetivo es: Crear centros, instalaciones y programas técnicos y de calidad, que garanticen un desarrollo continuo de las capacidades de los seres sorprendentes.

Actualmente cuenta con los siguientes servicios:

- ✓ Educación Especial
- ✓ Educación Dirigida
- ✓ Estancia de día

³ Información obtenida de Internet <http://www.moss.com.mx>



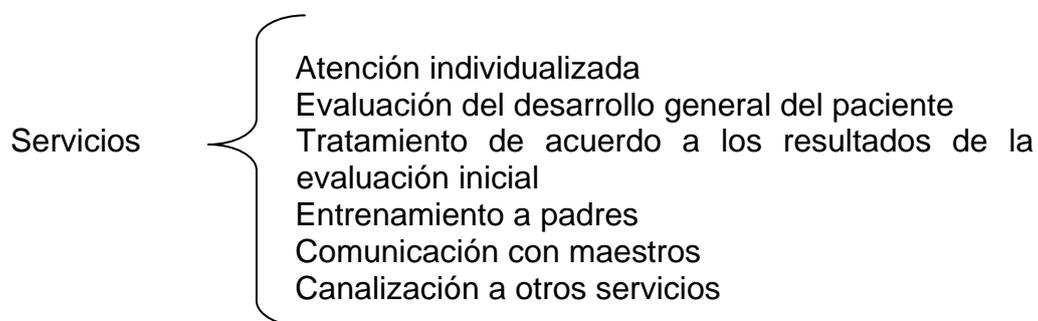
Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI)

En la UNAM y más específicamente dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala desde 1978, en la carrera de Psicología, se imparte la materia de Psicología Aplicada Laboratorio V, enfocada al área de Educación Especial y Rehabilitación, la cual tiene como objetivo, formar alumnos capaces de evaluar, diseñar y aplicar estrategias para atender a pacientes con requerimientos de educación especial y de esta manera proporcionar un servicio comunitario de asistencia social destinado a personas que solicitan dicho servicio (Más información capítulo II).

Las características de la población que atiende esta clínica son: personas de 2 a 20 años de edad con requerimientos de educación especial como Síndrome de Down, retardo generalizado, alteraciones en el lenguaje, hipotiroidismo, parálisis cerebral, hiperactividad, problemas de aprendizaje y déficit de atención.

Sus objetivos son: Proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia social destinada a niños con requerimientos de educación especial. Poner al estudiante en contacto con la realidad social, dotándolo de los medios necesarios para resolver los problemas de rehabilitación que enfrentará en su práctica profesional dentro de la comunidad. Y que el estudiante evalúe, diseñe y aplique las estrategias necesarias para atender a un paciente con requerimientos de educación especial fundamentado en una postura teórica.

Los medios de los que se vale para la atención de las personas con requerimientos especiales son:



Como podemos observar en México existen en la actualidad una amplia diversidad de organizaciones, cerca de ochocientas instituciones de y para personas con discapacidad sin fines de lucro, quienes trabajan en diversas vertientes de la discapacidad, desde los aspectos de salud, educación, rehabilitación, promoción de los derechos, la capacitación en distintos niveles, hasta el desarrollo exitoso de las federaciones de deporte adaptado (Vanegas, 2004, cit. en Toledano, 2000).

No obstante, el actual entorno demanda de las instituciones dedicadas a brindar diferentes servicios a las personas con algún tipo de discapacidad, la ejecución de una evaluación, generalmente con el propósito de mejorar estos servicios, aspecto que se refiere en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS Y SU MEJORA EN LA CALIDAD

2.1 Concepto de Servicio Social, Programa y Servicio

“El conocimiento de la existencia de problemas de índole social lleva asociado, en las actuales sociedades industrializadas, el planteamiento de acciones organizadas destinadas a su resolución. Siguiendo esta perspectiva, dicho intento de solución de los problemas pasa por el planteamiento, definición y planificación de tales acciones organizadas, todo ello bajo la acción conjunta que conlleva la planificación, el diseño, la implantación y la evaluación de las intervenciones sociales” (Hernández, 1995, p. 1288).

En esta dirección, los servicios sociales se pueden concebir como la “historia de la ayuda social”, es decir, las diferentes formas en que las organizaciones sociales prestan auxilio o protección a los que precisan de ella por distintas razones. Fernández-Ballesteros (1996), expone que, no sólo las situaciones carenciales de índole económica han sido objeto de ayuda social, pues sin duda, se puede constatar la importante presencia de colectivos como los expresidarios, los extranjeros, los discapacitados, los niños de la calle y tantos grupos, cuya situación de necesidad emerge de razones tan diferentes como el rechazo social o la marginación.

Por esta razón se denomina el Servicio Social como el conjunto de “prestaciones especializadas, proporcionadas por personal calificado, con el fin de ayudar a las personas en estado de necesidad o en situaciones problema que no pueden superar o resolver por sí mismas. Estas prestaciones o asistencias técnicas son ofrecidas por instituciones públicas o entidades privadas, con o sin fin de lucro, cuyo objetivo material es la distribución de bienes y servicios con fines asistenciales de rehabilitación, prevención o promoción social de casos individuales, familiares, grupos o colectividades” (Ander-Egg, 1988, p. 291, cit. en Fernández-Ballesteros, 1996, p. 208).

No obstante, para el contexto mexicano se entiende también por Servicio Social las acciones impartidas por pasantes profesionales de diversas disciplinas que desempeñan su función en la comunidad, por requerimiento del Estado, mediante un sistema organizado de servicios. Lo cual puede manifestarse como una actividad académico-social dentro de la educación, cuyo objetivo es la atención pública, como forma de gratificación de los estudiantes por la educación recibida (Ruíz, Salvo y Mungaray, 1995, cit. en Vanegas, 2004).

Por lo tanto para los fines de la presente, tomaremos en cuenta ambas posturas, puesto que el servicio social es la piedra angular que guiará dicha investigación.

Para el logro de los objetivos de los servicios sociales, se ponen en marcha programas, proyectos, políticas (términos frecuentemente utilizados), considerados como “los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos preplanificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica” (Fink, 1993, p. 2, cit. en Fernández-Ballesteros, 1996 p. 23). Siendo las características primordiales de un programa la *sistematización* y haber adquirido esta condición a través de una rigurosa *planificación*. También son elementos de un programa los recursos humanos y materiales que se ponen a disposición de una determinada realidad social.

En este sentido el programa es definido como “el conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente, en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernández-Ballesteros, 1992, p. 277, cit. en Fernández-Ballesteros, 1996, p. 24).

Cabe aclarar que el término servicio social, difiere del término servicio, pues este último es definido por Douglas y Bateson (2002), como el “conjunto de actos, esfuerzos o actuaciones, en los cuales hay un predominio de lo intangible, es decir, no se pueden ver, tocar, almacenar; carecen de

propiedades materiales y de esta manera se dificulta que los consumidores puedan percibir con los sentidos antes de decidirse por uno de ellos”.

De igual forma Azúa, (1995), señala que “los servicios son como una oferta a los potenciales consumidores para que éstos puedan elegir y, por tanto, beneficiarse de éstos según su propio criterio”.

De ahí que el servicio social sea visto como el conjunto de estructuras planificadas llevadas a cabo por pasantes profesionales con el objetivo de ayudar a personas necesitadas a través de la formulación de programas, mediante actos y esfuerzos también conocido como servicio (Ver fig. 2.1).

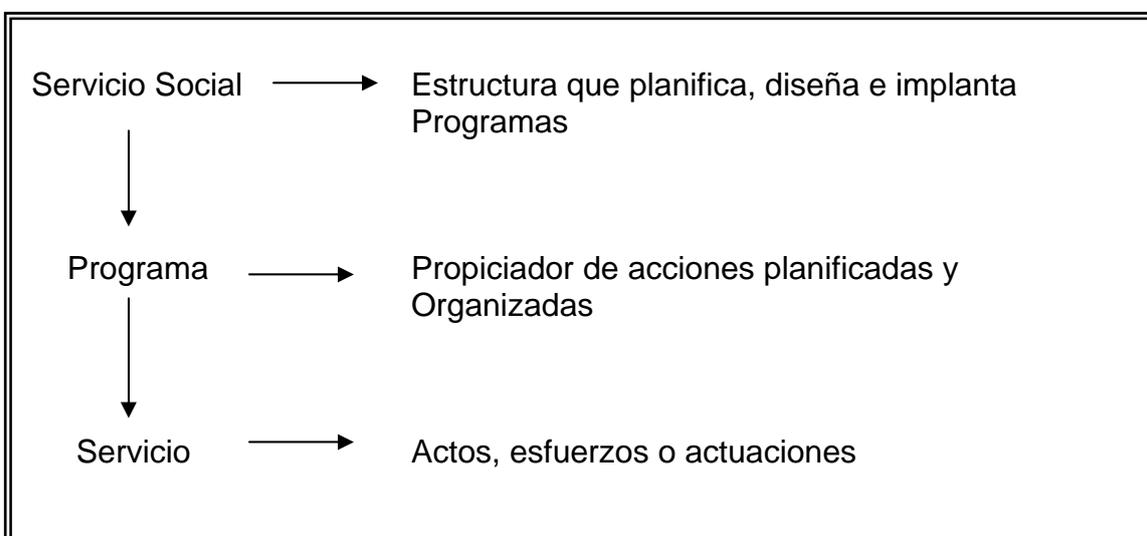


Fig. 2.1 Esquema de relación entre servicio social, programa y servicio.

Siguiendo los postulados de Hernández (1995), no basta con planificar, diseñar, implantar y aplicar mediante actos u esfuerzos, soluciones para las problemáticas sociales. Ya que la consolidación de la política denominada “Estado de Bienestar” que actualmente rige a los países europeos, exige la consideración de la evaluación como elemento inevitable corrector de aquellas acciones políticas, planes o programas, dirigidos a la mejora de las condiciones de vida de, generalmente los colectivos más desfavorecidos, y ello tanto en términos de accesibilidad social como en términos estrictamente económicos.

Así, la puesta en marcha de importantes contingentes de prestaciones y recursos sociales conlleva la necesidad de proceder a un control del modo en que se desarrollan estos servicios y, muy específicamente, de los resultados que se alcanzan (Fernández del Valle, 1996).

Por lo tanto, en la actualidad, la evaluación de los programas y servicios no solamente favorece la calidad, sino también ayuda al “conocimiento de las características de la demanda, de la cobertura poblacional, de la contabilidad presupuestaria, así como al aumento de la experiencia del sistema a evaluar” (Díaz, 1989; cit. en Hernández, 1995, p. 1292).

2.2 Evaluación de programas y servicios

El concepto evaluación es un derivado del latín “valere” (valorar) que implica la acción de justipreciar, tasar o atribuir cierto valor a una cosa. Fernández-Ballesteros (1996) hace una justificación del por qué se eligió el término “evaluación” y no el de “valoración” a pesar de ser sinónimos en la lengua castellana.

La razón es que en la literatura especializada tiene usos diferentes, mientras “valoración” suele utilizarse a personas, “evaluación” esta referido principalmente a objetos, por lo que para los fines del presente se utilizará el término evaluación.

Ahora bien, anteriormente se definió lo que significa un programa, pero ¿qué es la evaluación de programas y/o servicios? Según Cronbach (1981, cit en Fernández-Ballesteros, 1996, p. 23) la define como “la provisión de información para la toma de decisiones sobre una intervención”. Es decir, se trata de juzgar sobre el valor de un objeto con el fin de tomar decisiones sobre él. En otras palabras, la evaluación permitirá decidir si el objeto (programa) evaluado debe seguir siendo implantado, eliminado o debe procederse a realizar ciertas modificaciones.

La finalidad de la evaluación de programas tiene como objetivo principal, el de tomar decisiones en torno a una determinada intervención, pero dentro de este planteamiento general, Fernández-Ballesteros (1996) sostiene que se pueden adoptar distintas funciones tales como:

- 1) Contabilidad pública y base para nuevas decisiones presupuestarias: puede decirse que si se ha justificado el gasto estipulado para un programa y se han conseguido los objetivos previstos según unos determinados indicadores, con base en ello, podrán tomarse nuevas decisiones presupuestarias.
- 2) Justificación de decisiones: la valoración positiva de un programa, de alguna manera avala las decisiones que se toman sobre él, en definitiva en algunas ocasiones la evaluación de programas es solicitada como justificación de las actuaciones emprendidas.
- 3) Actuaciones sobre el programa: uno de los fines primordiales de la evaluación de programas es el de auxiliar en la toma de decisiones sobre el objeto evaluado. Así, la evaluación de un programa puede realizarse con el objetivo de eliminarlo, sustituirlo o mejorarlo.

De ahí, que se entienda la evaluación de programas como la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él (Fernández-Ballesteros, 1996).

2.3 Procedimiento de la evaluación de programas y servicios

El procedimiento que a continuación se presenta, postulado por Pérez y López (1999), tiene la finalidad de dar a conocer la sistemática investigación que da cuerpo al proceso de evaluación de programas.

A. Planificación de la evaluación

El objetivo de esta primera etapa conocida como identificación del problema, es detectar y valorar sobre cuál o cuáles necesidades, se pretende desarrollar un programa o un servicio, con base en esta cuestión, se determinará el objetivo, alcance y características básicas del programa que pretende desarrollarse. En esta fase, se intenta una correcta delimitación del problema y de la mejor forma de abordarlo.

Dentro de esta etapa, el evaluador realizará un meticuloso análisis de:

- ⇒ Necesidades: Elemento fundamental para la identificación del problema y para la determinación de su magnitud.
- ⇒ Objetivos: Importancia en el establecimiento del grado de calidad en la definición de tales objetivos y el grado de operativización en metas concretas.
- ⇒ Medios: Conjuntos de estructuras y procesos que están presentes en la implantación de cualquier intervención, ya sean tangible (materiales y humanos) como no tangibles (programas y acciones). Dentro de la evaluación de esta etapa se debe poner especial cuidado en la temporalidad así como en la distribución geográfica por área, capacidad de los programas, accesibilidad de los potenciales usuarios del programa o servicio así como su nivel de funcionamiento (Pérez y López, 1999).

B. Evaluación formal del programa

El objetivo fundamental de esta fase es determinar el tipo de población a la cual va dirigido el programa o servicio, así como la administración de los tratamientos, quiénes y cuándo los recibirán, cuáles son los instrumentos de medida, en general todo aquello que contempla el diseño, entendido como proceso de planificación de cualquier investigación de salud.

Específicamente se realiza el análisis de:

- ⇒ La teoría subyacente
- ⇒ La estructura del programa
- ⇒ Las acciones necesarias para la implantación
- ⇒ La propuesta de temporalidad.

C. Evaluación de la implementación

También conocida como “evaluación del proceso”, en esta fase se estudia y examina lo que ocurre dentro del programa o servicio mientras se ejecuta. Se concentra en el análisis de cuestiones relativas a:

- ⇒ El grado de participación de los implicados
- ⇒ Si se están desarrollando tal y como fueron previstas las acciones programadas
- ⇒ El comportamiento del personal que ejecuta las acciones.

Esta fase permite modular aquellos aspectos del programa o servicio que no están siendo bien desarrollados y facilita y promueve los reajustes para garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados.

La cuestión más relevante que se pone de manifiesto en esta fase es asegurarse que el programa o servicio se ha puesto en marcha, tanto en acciones como en unidades previstas y desde este punto de vista, asegurar que los resultados son posibles (Pérez y López, 1999).

D. Evaluación de los resultados

En esta fase, Pérez y López, (1999) plantean que se analiza la utilidad del programa o servicio, la evaluación se concentra en estudiar si se han alcanzado las metas que motivaron la implantación del programa o servicio y en determinar si los beneficios están en concordancia con los costos.

Esta fase se caracteriza por ofrecer resultados al gestor respecto a la continuidad o no del programa, es decir, todo aquello relacionado con la valoración final tanto en términos de rentabilidad como de costo-beneficios.

Tres son los conceptos claves de esta última fase de la evaluación:

- ⇒ Evaluación de la efectividad: Buscar conocer si el programa o servicio ha conseguido algún efecto positivo, no necesariamente relacionado con los objetivos.
- ⇒ Evaluación de la eficacia: Se refiere al grado en que el programa o servicio ha logrado cumplir sus objetivos.
- ⇒ Evaluación de la eficiencia: Se analizan los resultados obtenidos de la evaluación en relación con los costos que éstos generan (Pérez y López, 1999).

E. Informe

El objetivo final de toda evaluación es dar a conocer a los gestores, la información obtenida a través de este proceso, sin embargo en muchas ocasiones los evaluadores hacen extensivo su informe a todos aquellos interesados o potencialmente beneficiados de dicha información, con el fin de obtener un mayor provecho de ésta. Finalmente conviene recordar que a la hora de la redacción se debe tomar en cuenta a quién va dirigida dicha información, para una superior comprensión (Pérez y López, 1999).

A continuación se presenta en la Figura 2.2 el esquema que da cuerpo al desarrollo de una Evaluación propuesto por Alvira (1991, cit. en Pérez y López, 1999).

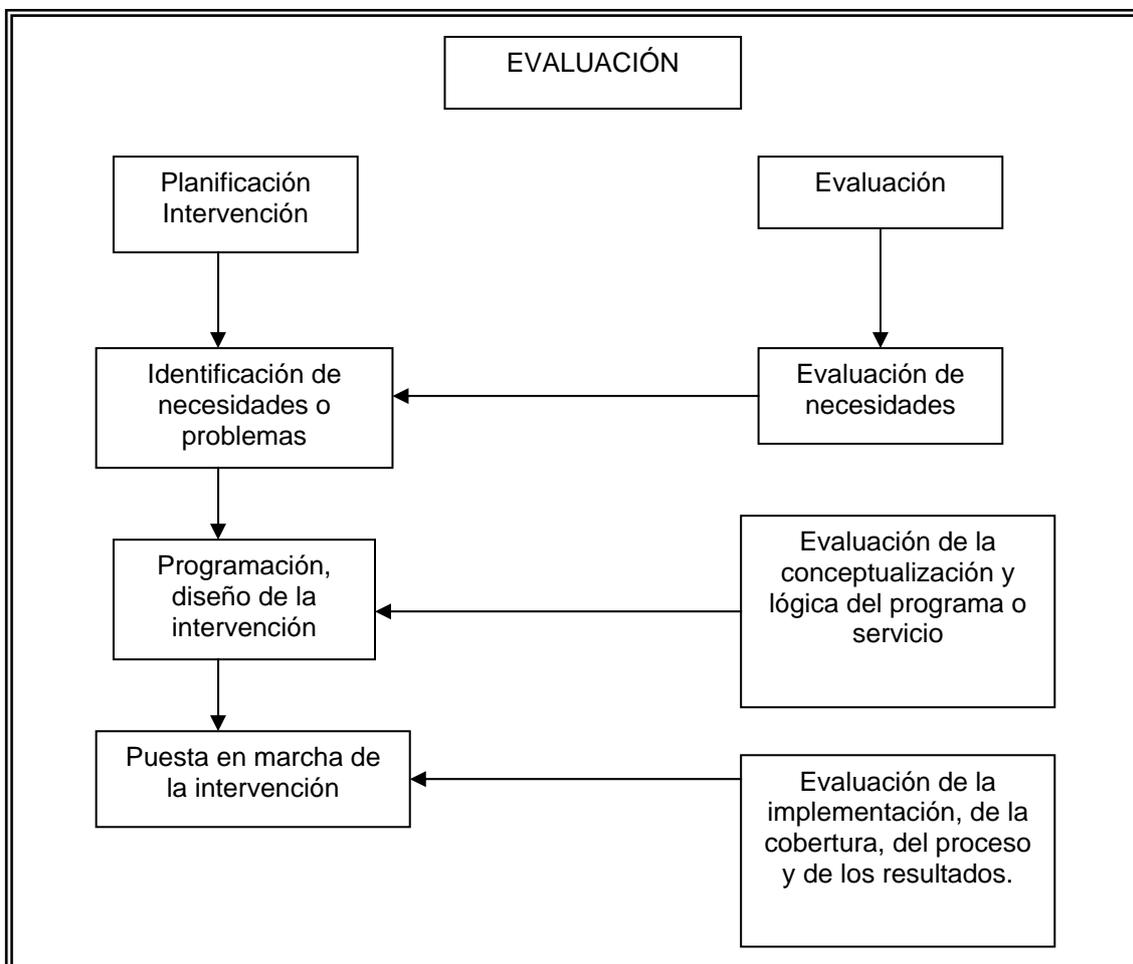


Fig. 2.2 Esquema de desarrollo de una Evaluación

Este esquema representa cada una de las fases que conforman el proceso de evaluación de un programa o servicio, siendo así que el buen planteamiento y desarrollo de cada una de ellas, influye de forma decisiva tanto en la programación de la siguiente fase como en los resultados potenciales de la evaluación.

2.4 Utilidad de la evaluación de programas y servicios

La finalidad de la evaluación será proporcionar a los potenciales receptores información bien fundamentada, sabios juicios para la posterior reflexión y opciones eficientes para la acción. El uso y la utilización no son los únicos distintivos de una evaluación con éxito, la utilidad también lo es (Fernández-Ballesteros, 1996).

La evaluación de programas y servicios es un campo de conocimiento y aplicación reciente, no obstante esta en pleno desarrollo y su presencia es incuestionable. Su objetivo principal es obtener información precisa acerca de si ha valido o no la pena haber realizado una intervención respecto de alguna problemática social. Sin embargo, la evaluación de programas y servicios también esta enfocada en obtener resultados precisos acerca de sí la actuación es idónea, es decir, si las personas a la que va dirigida la intervención quedaron satisfechas, pero sobre todo, si hubo una mejora en su calidad de vida.

La evaluación en sí constituye una metodología científica valiosa, por lo tanto la principal función del evaluador, es generar información que sirva para la comprensión, explicación y predicción de los fenómenos sociales que se están produciendo. Ya que tanto los programas como los servicios dependen de un contexto político, el cual por ningún motivo puede ignorarse. Sin embargo, la utilización que la política hace de la información, en muchas ocasiones no es adecuada. Por lo tanto, la utilización social de los resultados evaluativos deberá ser de fácil comprensión, pero con el suficiente nivel para los políticos que, en último término son las fuentes de decisión.

Hernández (1995), postula que la única manera de conseguir la información rigurosa que posibilite juicios correctos y permita, por tanto, el modo de transmisión más aprovechable, pasa obligatoriamente por la utilización correcta de la metodología científica.

La mejora en la calidad de los usuarios como se mencionó anteriormente, viene determinada por el buen funcionamiento de los programas y servicios. Y ésta no solamente debe ser concebida como un decreto, sino como una obligación que surge de los derechos de las personas a recibir, servicios dignos y significativos para sus vidas. Los derechos de todas las personas deben ser respetados, en base a este postulado, las personas con discapacidad tienen el derecho de recibir servicios dignos que propicien a la mejora en la calidad de vida de ellos y de sus familiares.

2.5 Evaluación de la calidad en los servicios de salud

Todo tipo de servicio debe definir y medir, permanentemente, la calidad del servicio. Esperar a que los clientes se quejen para poder identificar los problemas en el sistema de prestación del servicio, sería muy ingenuo (Douglas y Bateson, 2002).

Deming (1989 cit. en Muñoz, 2005), considera que la “Calidad” es una “producción eficiente que el mercado está demandando, siendo la base de esto la “productividad” y la “competitividad”, lo que se puede resumir en la búsqueda del mejoramiento continuo. Así también, Valdez, Román y Cubillas (2002 cit. en Pereida y Sumano, 2005, p. 30) “mencionan que la calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención, con los menores riesgos para el usuario, considerando los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y la relación que se establece entre el proveedor del servicio (profesional) y receptor del mismo (usuario)”.

La finalidad de estas definiciones es abrir el panorama y observar que dependiendo del contexto que se estudia, es como se maneja la diversidad de definiciones en torno a este concepto, pues como lo postula Muñoz (1995), son muchas las definiciones y más aún las posiciones que tienen las personas frente a lo que significa “calidad,” ya que todo concepto está cargado de la subjetividad lógica que le da el proponente, por ello más que enunciar estos conceptos, interesa destacar un lugar común a todos ellos que sirva para los propósitos establecidos.

La realidad en torno al término calidad es ambigua, dado que, muchas definiciones se han encargado de equipar el término calidad con excelencia, confundiendo el verdadero significado del término y alejándolo de su auténtico sentido.

La calidad por tanto, es un concepto relativo, pues no podemos entender el concepto si no hacemos alguna comparación que nos lleve a emitir un juicio sobre algo, es decir, la calidad puede ser buena, regular o mala, en la medida en que el objeto analizado presente un conjunto de características, y sólo la buena calidad es la que satisface a los clientes (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006).

A partir de lo anterior, se señala lo que significa la calidad de la atención en los servicios de salud. “No basta con evaluar los servicios, evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios, que generalmente son los que responden, es cada vez más común”. Pues a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se obtiene información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios sobre sus necesidades y expectativas (Ramírez, Nájera y Nigenda, 1998, p. 2).

Así mismo, Saturno (1995, cit. en Zas 2004) considera que implicar a los usuarios de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos, es un requisito para mejorarla, por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios, la participación de los usuarios.

Aunque la definición de evaluación de la calidad es compleja Donald y Attkisson (1993), consideran que es necesario tomar como análisis el marco referencial aportado por el Dr. Avendis Donabedian, ya que ha sido una contribución importante, porque permite medir ordenadamente las variables

ligadas a la calidad de los servicios de salud y hasta nuestros días aún está vigente.

La primera de ellas, llamada dimensión técnica, se refiere a la aplicación del conocimiento y técnica de los profesionales para resolver los problemas de salud de los pacientes. Y en segundo lugar la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la salud, asumiendo los valores y normas socialmente establecidas de ambos participantes.

Ante este aspecto Zas (2004) considera que esta complejidad implica el conocimiento de dos vertientes:

- ⇒ El paciente, el cual acude a una institución para resolver un problema de salud, no obstante, la expectativa de cada paciente es única y esta sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud. Dicho paciente puede haber resuelto el problema y salir insatisfecho porque tuvo algún altercado con alguien o bien, pudo haber no resuelto su problema y estar satisfecho porque fue bien atendido.
- ⇒ El prestador del servicio, que puede estar haciendo su mejor esfuerzo para resolver el problema pero le toca atender a un paciente muy exigente. O un profesional no muy capaz, pero simpático y sociable y “todo mundo sale contento”.

Estas ambigüedades nos dejan como lección que mientras más satisfechos estén con su labor los que brindan una atención de buena calidad, existen más probabilidades de que se logre una atención satisfactoria (Zas, 2004).

Por otro lado Donabedian (cit. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006) propone tres categorías para la clasificación de las características de los servicios de salud:

1) La estructura: Consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, es decir, todos los medios tangibles (humanos y materiales) con los que se cuenta para trabajar y la forma en la que se utilizan.

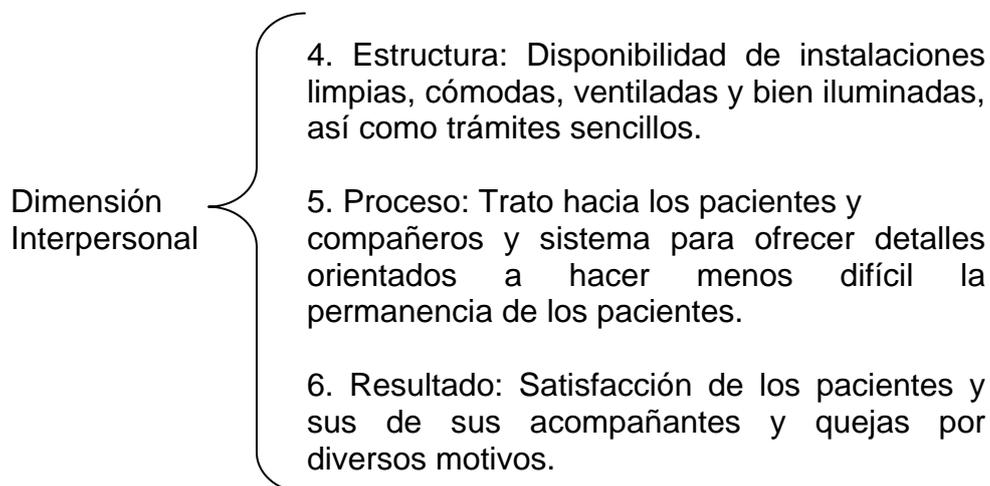
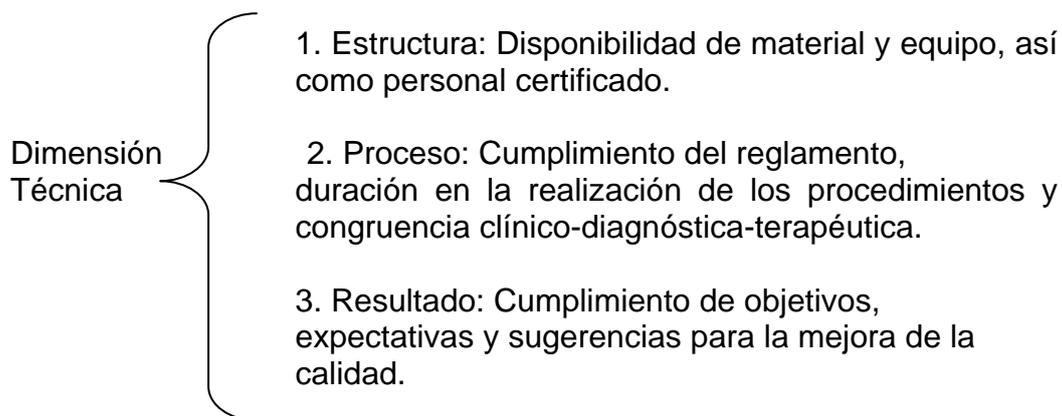
2) El proceso: Se refiere al trabajo propiamente dicho, sobre todo cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente.

3) El resultado: Es el producto de la atención, en este caso, el cambio en la salud de los pacientes, siempre y cuando éste se deba a la atención recibida.

A continuación se presenta en el esquema 2.3 la forma en como actúan las diversas variables en la determinación de la concepción de calidad.

MATRIZ PARA IDENTIFICAR CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD			
	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
DIMENSIÓN TÉCNICA	1	2	3
DIMENSIÓN INTERPERSONAL	4	5	6

Fig. 2.3 Representación del órgano para identificar las características de la calidad Donabedian, (cit. Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud, 2006).



En resumen, podemos decir que son numerosas las variables que participan dentro de la concepción de la calidad de los servicios de salud, cada una de ellas representa las partes en las que se puede dividir la calidad de dichos servicios. Lo más relevante de esta información es que las instalaciones, materiales, métodos y acciones, así como lo que se dice y la forma en como se diga, conforman un paquete de categorías, las cuales constituyen un modelo para ayudarnos a analizar y comprender mejor el complejo problema de la calidad de los servicios de salud.

Sin embargo, este modelo presenta una problemática, pues cuando se evalúa la calidad de los servicios de salud, nos topamos con la existencia de una discrepancia entre los profesionales y los usuarios, pues los primeros tienden a dar mayor peso a las características correspondientes a la estructura y a la dimensión técnica, mientras que los usuarios prestan mayor atención a las características propias del proceso y de la dimensión interpersonal (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006).

De ahí que Ramírez, Nájera y Nigenda (1998), postulen que la problemática relacionada con el proceso, tenga dos veces más peso para determinar los niveles de calidad que la estructura. Y es que si tomamos como referencia el contexto mexicano, encontraremos que la falta de recursos es incuestionable, sin embargo, también es cierto que se pueden obtener mejores resultados utilizando al máximo los recursos con los que se cuenta.

No obstante, Frank y Peter (1993, p. 6), consideran que “la percepción de los profesionales incide en el diseño de los servicios, en tanto que la percepción de los usuarios, determina la evaluación de los servicios”.

Ahora se trata de que no sólo se haga lo que se tiene que hacer, sino que se haga de manera excelente (Zas, 2004). Ya que está comprobado que la percepción de los usuarios tiene un peso importante en el análisis de la satisfacción, vista como un indicador de calidad.

Así pues, Douglas y Bateson (2002), explican que la satisfacción ayuda a los usuarios a revisar sus percepciones acerca de la calidad de los servicios. Puesto que las percepciones de los usuarios antes de la experiencia con la institución, funda sus expectativas y durante los encuentros posteriores, éstos, analizarán sus percepciones en cuanto a la calidad del servicio, modificándolas o reforzándolas, para un posterior encuentro con la institución. Aunado a estos postulados, Pérez-Cuevas, Libreros, Reyes, Santa Cruz, Alaniz y Gutiérrez, (1994) enuncian algunas razones por las que se considera que la satisfacción es un componente fundamental de la evaluación de los servicios de salud.

- ⇒ Tiene relación directa con la respuesta y con la adherencia de los pacientes al tratamiento.
- ⇒ Permite evaluar aspectos que son importantes para los pacientes.
- ⇒ Facilita la evaluación en aspectos relacionados con la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios.
- ⇒ Permite evaluar la participación del personal complementario en el proceso de atención médica.

A partir de los supuestos anteriores, Tamarit (2002), expone que favorecer la calidad en las instituciones desde una perspectiva basada en las percepciones de los profesionales-usuarios, así como valores y principios, una calidad fundada en la ética y orientada a propiciar que los usuarios cuenten con los apoyos necesarios para diseñar sus vidas, de modo que sean mejores y de máxima dignidad, es tarea que se está desarrollando en el actual entorno.

Sin embargo y a pesar de estos postulados, es reciente el campo relativo a la calidad de los servicios de salud y más aún, en el campo de los servicios para personas con discapacidad.

2.6 Importancia de la calidad en los servicios para personas con discapacidad

En los últimos años, se está exigiendo que los servicios y programas sociales estén sujetos a evaluaciones que demuestren la calidad de su realización (Fernández del Valle, 1999). Esta exigencia se basa en la preocupación por conocer si los servicios ofrecidos a las personas con algún tipo de discapacidad son de calidad, es decir, adecuados a sus necesidades.

El acercamiento a la realidad diaria de los centros que atienden a personas con alguna discapacidad, y el contraste con los paradigmas y estándares de vigor, es una condición imprescindible para la mejora de las prácticas y el avance de la investigación (Díez, 1999).

Este cambio de perspectiva en relación al derecho de las personas con discapacidad a una mejor calidad de vida, tiene su origen en el continente europeo, donde las reformas, se basan en la implantación y participación del usuario, pues Díez (1999), considera que es cada vez más evidente la necesidad de contar con las personas implicadas para el diseño y desarrollo de los servicios, pues esto es considerado como una expresión del derecho que tienen las personas a la participación en la gestión de los servicios.

Como ejemplo, en España se dio un movimiento asociativo llamado Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad (FEAPS), el cual tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y la de sus familiares. Bajo la concepción que afirma “el valor de toda persona, por encima de todos sus perfiles de capacidad y limitación” (Tamarit, 2004).

Dentro de FEAPS, se asume que cualquier persona con discapacidad, que posea los apoyos adecuados, puede permanentemente progresar. Por ende, dentro de esta asociación los usuarios de los programas y servicios FEAPS así como sus familiares, tienen por derecho y valor adquiridos dentro de esta institución, participación clave en la organización (Tamarit, 2004).

De ahí que Tamarit (2004) considere como acciones que mejoran la calidad del servicio:

1. Acciones basadas en la participación: Las personas que participaron en la elaboración de materiales de apoyo debían ser expertas dentro del colectivo. Se reunió tras un proceso de selección a un grupo numeroso de personas (generalmente profesionales pero también familiares), a los que se les impartió un curso intensivo de formación, sobre las características de un Manual de Buena Práctica.

Elaboración de Manuales de Buenas Prácticas FEAPS (Apoyo a familias, Asociacionismo, Atención de día, Atención temprana, Educación, Empleo, Ocio y Vivienda).

Por otro lado, tras el curso de formación, los grupos siguieron trabajando generando otros capítulos del manual tales como la descripción de cada ámbito del servicio, orientaciones sobre el funcionamiento del mismo y derechos de los clientes.

Ponencias: Este proceso generó una serie de ponencias integradas por personas con y sin discapacidad intelectual. Una de ellas relativa a las necesidades de las personas y a la adaptación del entorno.

Borrador del código ético, creado también mediante la participación y el consenso, capaz de generar e impulsar sistemas de apoyo enfocados a lograr en cada persona con discapacidad intelectual, vidas plenas en contextos justos.

2. La participación de las personas con discapacidad intelectual. Se ha abierto la puerta a la participación de las personas con discapacidad intelectual haciendo real el “todo para la persona pero con la persona”.

Personas con discapacidad intelectual presentan informes en la asamblea de FEAPS, a través de los grupos guía.

3. La participación de las familias. Las familias forman parte de los equipos y grupos guía. “Las familias necesitamos el apoyo de los profesionales y éstos no pueden hacer bien su trabajo sin nosotros, en un marco en el que, desde nuestros respectivos papeles, mantengamos una relación de igualdad. Actitudes recíprocas de empatía y escucha, de respeto, de reconocimiento, de esfuerzos y progresos, pueden alcanzar el clima de confianza y aprendizaje mutuo necesarios, para realmente ser eficaces”. (Tamarit, 2004, p. 9)

De ahí que Tamarit (2004) formule que en FEAPS la calidad como eje principal, está siendo desplegada en muy diversos frentes para avanzar con firmeza hacia la permanente mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias.

Y es que, la mejora en la calidad de los servicios, posee un vínculo indiscutible con la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios. Pues éste, es un referente potencial que contribuye a un entendimiento sustancial de las necesidades individuales de las personas (con discapacidad) y la planificación óptima de la distribución de servicios. (Igone, 2002).

2.7 Mejora en la calidad del servicio del área de Educación Especial de la CUSI-Iztacala

En México, también existe el interés por evaluar la calidad de los servicios de salud pues entre 1997 y el año 2000, la Secretaría de Salud, implantó el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en 28 estados de la Republica Mexicana. Siendo una de las acciones primordiales de este programa, la realización de una evaluación, en la que participaron todos los hospitales generales y todos los centros de salud, y en donde se evaluaron las características de calidad tanto de las dimensiones técnica e interpersonal, así como de la estructura, el proceso y el resultado. Sin embargo, los resultados que proyectan la evaluación, no son nada alentadores, ya que la dispersión de los datos es enorme. Lo que significa que, “recibir atención hospitalaria de buena calidad en México, es más cuestión de suerte que, de la organización de los servicios y la forma en que se aprovechan los recursos” (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006, p. 26).

De ahí surge, dentro del área de Educación Especial de la Clínica Universitaria de Salud Integral campus Iztacala, un creciente interés por instituir la evaluación sistemática del servicio.

Dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se imparte la carrera de Psicología, la cual se rige desde 1976 por un currículo modular dividido en tres módulos de operación: teórico, experimental y aplicado; bajo los cuales se articulan diversas áreas de formación y ejercicio profesional del estudiante. Una de estas áreas es la de Educación Especial y Rehabilitación (Fernández, 1980, cit. en Plancarte y Ortega 2003).

Esta área se cursa en dos módulos práctico y teórico durante el quinto o sexto semestre de la carrera, dependiendo del grupo. Una ventaja que tiene esta estructura curricular a diferencia de otras es que, dentro de la materia Psicología Aplicada Laboratorio V a VIII, se realiza el Servicio Social al mismo tiempo que se acreditan las materias. El alumno tiene la oportunidad de insertarse en el campo profesional, en situaciones reales y asesorados por profesores que los apoyan ante cualquier circunstancia (Galindo y Taracena, 1980, cit. en Plancarte y Ortega, 2003).

Los objetivos que actualmente rigen esta área son:

- 1) Proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia social destinada a niños con requerimientos de educación especial.
- 2) Poner al estudiante en contacto con la realidad social, dotándolo de los medios necesarios para resolver los problemas de rehabilitación que enfrentará en su práctica profesional dentro de la comunidad, y
- 3) Que el estudiante evalúe, diseñe y aplique las estrategias necesarias para atender un paciente con requerimientos de educación especial fundamentado en una postura teórica.

La infraestructura con la que cuenta el área de Educación Especial, esta compuesta por tres sedes, la establecida en la CUSI-Iztacala, otra que se encuentra en Chalma y la de el DIF Santa Mónica (Plancarte y Ortega, 2003).

El horario de servicio a la comunidad en la CUSI es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 19:00 hrs. Las problemáticas atendidas son principalmente Síndrome Down, retardo generalizado, alteraciones en el lenguaje, hipotiroidismo, parálisis cerebral, hiperactividad, problemas de aprendizaje y déficit de atención.

La población de terapeutas se compone por estudiantes del tercer año de la carrera de psicología, que asisten a la práctica de lunes a viernes dos horas, para hacerse cargo de la rehabilitación de un niño durante todo un semestre (Hinojosa, Galindo y Galguera, 1980).

Sin embargo, con base en la realidad de los países desarrollados, Plancarte y Ortega (2005), consideran que se está atendiendo sólo una parte de la problemática, pues se brinda atención a las personas con requerimientos de educación especial, no obstante, la evaluación de programas y servicios es cada día más una necesidad que una cuestión administrativa, dado que, instituir la evaluación sistemática del servicio, resulta imprescindible, ya que se brinda la oportunidad de conocer las características de la demanda, la cobertura poblacional, la participación de diversas disciplinas en el trabajo multidisciplinario, la labor de los docentes, las actividades de los alumnos y los recursos presupuestarios para la mejora del mismo.

Ramírez, Nájera y Nigenda (1998) consideran que es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención brindada y recibida; con los cuales se obtiene información que beneficia a la organización, además de que el método mencionado anteriormente, representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Implicar a los usuarios del servicio (padres y madres), alumnos y docentes, en la evaluación de servicios y calidad de la Clínica Universitaria de Salud Integral, permitirá obtener sugerencias para mejorar la calidad de dicho servicio. Así como lo mencionan, Gonzalves, Minderler y Tompkinns, (1995 citados en Zas, 2004), se podrán planificar estrategias y desarrollar nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses, no únicamente de los que brindan el servicio, sino de la población usuaria, de acuerdo a sus propios criterios y opiniones.

La importancia de conocer no solamente qué es la psicología sino sus teorías, campos de aplicación especialmente el de la psicología educativa. Cómo es que la Educación Especial en México no difiere de la del resto del mundo y finalmente dar soluciones a las demandas actuales de nuestra sociedad, es decir, considerar la evaluación de los servicios como una necesidad y no como un componente administrativo; son elementos ineludibles que en conjunto crearon el terreno idóneo para abordar nuestro objetivo: diseñar propuestas concretas y factibles de realizar; con base en las sugerencias de las madres y padres de los usuarios, profesores y alumnos; con la intención de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que ofrece la CUSI, en relación con: a) la institución, b) los usuarios, c) los docentes y d) los alumnos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Objetivo general

Generar alternativas que favorezcan al fortalecimiento de la docencia a través de la evaluación de la calidad del servicio de Educación Especial que se ofrece a la comunidad en la Clínica Universitaria de Salud Integral y proponer alternativas viables que conduzcan al mejoramiento, modificación y/o eliminación de aspectos que influyen en la calidad del servicio y la docencia.

Participantes

Las tres poblaciones implicadas en el estudio fueron:

27 madres y 18 padres de los usuarios del servicio de educación especial quienes contaban con tres o más semestres acudiendo al servicio. La población fue distribuida en cinco turnos (8.00-10:00, 10:00-12:00, 12:00-14:00, 15:00-17:00 y 17:00-19:00).

10 profesores de la carrera de Psicología de la FESI, que imparten la materia de Psicología Aplicada Laboratorio V de los cinco turnos antes mencionados.

108 alumnos de quinto y sexto semestre que pertenecen a la generación 2001-2005 de la carrera de Psicología, quienes cursaron la práctica de Educación Especial y Rehabilitación en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de los cinco turnos.

Materiales

Material bibliográfico y hemerográfico sobre el tema

Equipo de cómputo e impresión

Papelería como lápices, plumas, hojas, consumibles, etc.

Material fotográfico

Procedimiento

A continuación se describen brevemente las diferentes etapas que conforman el proyecto general.

1. Elaboración del instrumento de evaluación para los usuarios de la CUSI

a) Búsqueda de bibliografía y revisión del material en seminarios

b) Diseño del instrumento de evaluación dirigido a padres y madres de los usuarios

2. Aplicación del instrumento dirigido a padres y madres de usuarios

a) Aplicación de un estudio piloto

b) Corrección del instrumento

c) Aplicación del instrumento

d) Captura de información a partir del instrumento

e) Análisis de datos de la población

3. Elaboración de los instrumentos de evaluación para docentes y alumnos

a) Diseño de los instrumentos de evaluación para docentes y alumnos

b) Aplicación de un estudio piloto

c) Corrección de los instrumentos

4. Aplicación de los instrumentos

a) Selección de participantes

b) Aplicación del instrumento

c) Captura de información obtenida a partir del instrumento

d) Análisis de datos de la población

5. Análisis comparativo de resultados

- a) Comparación y análisis de resultados obtenidos en las poblaciones de padres y madres
- b) Comparación y análisis de resultados obtenidos entre docentes y alumnos
- c) Comparación y análisis de resultados obtenidos entre usuarios y docentes
- d) Comparación y análisis de resultados obtenidos entre usuarios y alumnos
- e) Comparación y análisis de resultados obtenidos entre usuarios, docentes y alumnos.

A continuación se presenta la etapa que corresponde a dicha investigación.

6. Diseño de propuestas para mejorar el servicio a la comunidad

Objetivo particular

Diseñar propuestas concretas y factibles, de las madres/padres de los usuarios, alumnos y profesores; con la intención de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que ofrece la CUSI-I. En relación con: a) la institución, b) los usuarios, c) los docentes y d) los alumnos.

Materiales

Se utilizaron todos los cuestionarios ya aplicados de las tres poblaciones evaluadas.

El cuestionario para padres y madres de los usuarios está constituido por cinco apartados: 1) Datos generales, 2) Características del servicio, 3) Funcionamiento de la práctica, 4) Participación de la comunidad en el tratamiento y 5) Sugerencias.

Por otro lado, el cuestionario propuesto para profesores está constituido por los siguientes apartados: 1) Datos generales, 2) Desarrollo de la materia Psicología Aplicada Laboratorio V, 3) Cumplimiento de objetivos, 4) Material

didáctico, 5) Características del servicio, 6) Instalaciones, 7) Cuotas, 8) Trato personal y 9) Sugerencias.

Mientras que el cuestionario diseñado para alumnos se constituye por los siguientes apartados: 1) Datos generales, 2) Características del servicio, 3) Funcionamiento de la práctica y 4) Sugerencias.

Procedimiento

1. Se analizaron para cada una de las poblaciones evaluadas (madres, padres, profesores y alumnos) el apartado correspondiente a sugerencias de los cuestionarios ya evaluados, obteniéndose de cada población los porcentajes correspondientes para cada una de las categorías evaluadas según el caso.
2. Posteriormente, se recopilaron las sugerencias que concordaban entre las poblaciones implicadas.
3. Se procedió a la selección de aquellas sugerencias concretas y factibles de realizar con la finalidad de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que brinda la CUSI.
4. Con base en las sugerencias obtenidas de las poblaciones involucradas en la evaluación, se desprendió el diseño de dichas propuestas.
5. El proceso de diseño y elaboración de materiales contempló los siguientes pasos:
 - a) Revisión de material bibliográfico dentro del seminario “Elaboración de materiales de apoyo para mejorar la calidad del servicio”
 - b) Selección de material bibliográfico para el diseño del Reglamento, tríptico y folleto
 - c) Elaboración del reglamento dentro del seminario antes mencionado.
 - d) Corrección del reglamento por los Profesores del área de Educación Especial de la CUSI-Iztacala.
 - e) Elaboración del tríptico y folleto

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

El presente capítulo tiene la finalidad de mostrar los resultados obtenidos en esta investigación. Se presentan en tablas las sugerencias dadas por las tres poblaciones evaluadas (madres/padres de usuarios, profesores y alumnos).

1. MADRES DE USUARIOS

En el cuestionario para las madres y padres de los usuarios, la pregunta a la cual respondió esta población fue ¿Qué sugerencias tiene para mejorar el servicio? y a continuación se les presentó la lista de categorías que muestra la tabla 4.1

Sin embargo, debido a la complejidad que conlleva transcribir cada sugerencia de las poblaciones evaluadas; las sugerencias que coincidieron se agruparon y de ahí se obtuvieron los porcentajes de cada una de éstas.

Sugerencias de las madres de los usuarios

CATEGORÍA	RESPUESTAS				
Instalaciones	Así esta bien 69.2%		Falta mantenimiento 30.8%		
Mobiliario	Así esta bien 42.3%	Mantenimiento 26.9%	Más mobiliario 19.2%	Adecuarlos 7.7%	
Material didáctico	Así esta bien 24%	Más material 68%		No lo conocen 8%	
Personal administrativo	Así esta bien 91.7%		No lo conocen 8.3%		
Área recreativa	Así esta bien 42.3%	Más juegos 30.8%		Mantenimiento 26.9%	
Área de trabajo	Así esta bien 38.5%	Más grande 11.5%	Mantenimiento 46.2%	No la conocen 3.8%	
Profesores	Así esta bien 96.3%		No contestó 3.7%		
Terapeutas	Así esta bien 65.4%		Mejor atención 34.6%		
Terapia de su hijo	Así esta bien 92.3%		Mejor atención 7.7%		
Tareas para casa	Así esta bien 76.9%	Más tarea 11.5%	Que dejen tarea 5.8%	Que no dejen tarea 5.8%	
Atención a padres	Así esta bien 48%	Atención terapéutica a padres 8%	Más ameno e interesante (taller) 16%	Que haya taller 8%	Atención didáctica 20%
Atención de otros servicios	Así esta bien 72.2%	Atención interdisciplinaria 16.7%		No los conocen 11.1%	

Tabla 4.1 Muestra los porcentajes obtenidos de sugerencias de las madres de los usuarios

Como se puede observar en la tabla 4.1, con relación a las instalaciones y el mobiliario, los máximos porcentajes señalan que las madres los consideran adecuados, sin embargo las sugerencias que se retoman para estas categorías están enfocadas a la falta de mantenimiento y a la ventilación e iluminación que se requieren. Por otro lado, el 68% de esta población señala que falta material didáctico, que se adecue a las necesidades de los niños y que exista más variedad, mientras que el 8% ni siquiera lo conoce. Consideran que el personal administrativo es el adecuado. No obstante, para el área recreativa demandan la nivelación de ésta, así como juegos adecuados para los usuarios de todas las edades.

Para el área de trabajo solicita el 46% de las madres mantenimiento, ventilación, más iluminación y que sean atractivas para los niños. Con respecto a los profesores en general consideran que así están bien. Mientras que para la categoría terapeutas una tercera parte de la población (34%) demanda más atención por parte de éstos, así como paciencia, responsabilidad y compromiso. En cuanto a la terapia del usuario y las tareas en casa, consideran que son adecuadas. Mientras que para la categoría atención a padres esta población considera que así esta bien (48%), pero el 20% propone atención didáctica, es decir, utilizar material interesante y entendible para una mejor atención de los padres. Y finalmente la mayoría de las madres consideró que la atención de otros servicios esta bien, mientras que el 16% restante solicitó mejor atención interdisciplinaria y amabilidad.

1.1 PADRES DE USUARIOS

Las sugerencias obtenidas de la evaluación para padres en relación con las categorías instalaciones y mobiliario generalmente son consideradas como adecuadas, ya que esta población señala que así están bien, aunque un 22% como lo muestra la tabla 4.2 en ambas categorías consideran que hace falta mantenimiento, iluminación y ventilación. Aproximadamente, el 44% de la población señalan que el material didáctico que se emplea así esta bien porque se adecua a las características de cada usuario, pero el 38% piensa que hace falta más material para cubrir las necesidades que demanda el servicio. Cabe reflexionar que aunque los padres consideren que el personal administrativo así esta bien, el 16% no lo conoce o bien demandan amabilidad y cortesía. Con respecto al área recreativa, la mayoría de los padres señala que hacen falta más juegos, mientras que el 38% opinan que así están bien al igual que el área de trabajo (66%). Así también los padres generalmente consideran que el trabajo realizado por parte de los profesores y alumnos es el adecuado, porque cubren con las expectativas, aunque un 16% consideran que los terapeutas deberían proporcionar mejor atención, ser más puntuales y que mantengan comunicación con los padres. Con respecto a la terapia que recibe el usuario y las tareas en casa, los padres opinan que así están bien.

Para la categoría atención a padres algunos de ellos sugirieron atención terapéutica para ellos, así como un taller más agradable e interesante (11%). Por último se puede observar en dicha tabla que algunos padres concuerdan en que así esta bien la atención brindada de otros servicios, no obstante el 16.7% expresa que debería existir verdadera atención multidisciplinaria, es decir, que exista canalización y acuerdo en fechas y horarios.

Sugerencias de los padres de los usuarios

CATEGORÍA	RESPUESTAS			
Instalaciones	Así esta bien 77.8%		Falta mantenimiento 22.2%	
Mobiliario	Así esta bien 55.6%	Mantenimiento 22.2%	Más mobiliario 11.1%	Adecuarlos 5.6%
Material didáctico	Así esta bien 44.4%		Más material 38.9%	No lo conocen 11.1%
Personal administrativo	Así esta bien 83.3%		No lo conocen 16.7%	
Área recreativa	Así esta bien 38.9%		Más juegos 55.6%	Mantenimiento 5.6%
Área de trabajo	Así esta bien 66.7%	Más grande 11.1%	Mantenimiento 16.6%	No lo conocen 5.6%
Profesores	Así esta bien 77.7%	Más supervisión 11.1%	Canalización 5.6%	No los conocen 5.6%
Terapeutas	Así esta bien 83.3%		Mejor atención 16.7%	
Terapia de su hijo	Así esta bien 70.6%		Mejor atención 17.6%	Seguimiento de programas 11.8%
Tareas para casa	Así esta bien 70.6%	Más tarea 17.6%	Que dejen tarea 5.9%	Que no dejen tarea 5.9%
Atención a padres	Así esta bien 55.6%	Atención terapéutica a padres 11.1%	Más ameno e interesante 11.1%	Que haya taller 22.3%
Atención de otros servicios	Así esta bien 61.1%		Atención interdisciplinaria 16.7%	No los conocen 22.2%

Tabla 4.2 Muestra los porcentajes de sugerencias de los padres de los usuarios

2. PROFESORES

A continuación se presentan las sugerencias expuestas por la segunda población evaluada, es decir, los profesores que imparten la materia Psicología Aplicada Laboratorio V. Dentro del cuestionario de evaluación de la calidad del servicio de Educación Especial se les preguntó ¿qué sugerencias tiene para un mejor servicio? y a continuación se les presentó una lista de categorías con sus posibles sugerencias, como lo muestra la tabla 4.3.

**Sugerencias de los profesores que imparten la materia de Psicología
Aplicada Laboratorio V**

CATEGORÍA	LISTADO DE POSIBLES SUGERENCIAS	PORCENTAJE
INSTALACIONES	a) Barandales en el baño	11.1%
	b) Eficacia y seguridad	33.3%
	c) Bodegas	22.2%
	d) Cámaras de Gesel	11.1%
	e) Un pabellón más en la clínica	11.1%
	f) Remodelación	11.1%
MOBILIARIO	a) Arreglo en los sanitarios	33.3%
	b) Amplitud en los espacios de estudio	66.7%
MATERIAL DIDÁCTICO	a) Más ingenio de los alumnos	22.2%
	b) Evitar ser destruidos	33.3%
	c) Que no sean robados	22.2%
	d) Mantenerlos en buen estado	22.2%
PERSONAL ADMINISTRATIVO	a) Más conciencia	55.6%
	b) Brindar más seguridad	44.4%
ÁREA RECREATIVA	a) Mayor iluminación	11.1%
	b) Techado	11.1%
	c) Evitar que los juegos sean de metal	11.1%
	d) Mejorar las condiciones	11.1%
	e) Pintura	22.2%
	f) Que se adapten a las condiciones	11.1%
	g) Más juegos	22.2%
ÁREA DE TRABAJO	a) Más amplitud	30.3%
	b) Más ventilación	11.1%
	c) Mejor iluminación	11.1%
	d) Rampas para las sillas de ruedas	11.1%
	e) Enchufes suficientes	11.1%
	f) Mantenimiento	22.2%
PROFESORES	a) Apoyo a los alumnos	11.1%
	b) Respeto a los alumnos	22.2%
	c) Respeto a los padres de los usuarios	22.2%
	d) Respeto a los usuarios	11.3%
	e) Respeto al lugar de trabajo	33.3%
TERAPEUTAS	a) Buscar seguimiento de objetivos	22.2%
	b) Mayor compromiso con los usuarios	11.1%
	c) Más responsabilidad	22.2%
	d) Compromiso con el trabajo	22.2%
	e) Saber como tratar a los usuarios	22.2%
ATENCIÓN A PADRES	a) Asistencia los talleres	22.2%
	b) Mayor compromiso con sus hijos	22.2%
	c) Seguimiento de instrucciones	22.2%
	d) Que no vean la clínica como guardería	11.1%
	e) Conciencia con labor psicológica	22.2%

Tabla 4.3 Muestra los porcentajes obtenidos de las sugerencias de los profesores

Como podemos observar en la tabla 4.3 principalmente los profesores demandan de las instalaciones eficacia y seguridad (33%). En relación al mobiliario un 66% considera que los espacios de estudio se podrían ampliar. Con respecto al material didáctico las sugerencias son variables, pero el 33% concuerda en que se debe evitar destruirlos, es decir, tener mayor cuidado al utilizarlos. Los docentes consideran que el personal administrativo podría ser más conciente generando empatía con los usuarios. Para la categoría área recreativa, se proporcionaron muchas sugerencias, pero la más representativa según los porcentajes de la tabla, nos muestran que los juegos requieren de pintura (22%). Las sugerencias con respecto al área de trabajo muestran que además de la amplitud de los espacios de estudio, el 22% de esta población demanda mantenimiento. Aproximadamente el 33% de los profesores sugiere a sus compañeros que respeten el lugar de trabajo, así como a los usuarios y alumnos (22%). De igual manera los docentes propusieron a los alumnos como lo muestra la tabla 4.3, responsabilidad, compromiso y empatía con los usuarios del servicio. Los datos con respecto a la categoría atención a padres exponen que éstos deben asistir al taller (22%) y un mayor compromiso con sus hijos (22%).

3. ALUMNOS

La tercera población evaluada fueron los alumnos que cursaron la práctica de Educación Especial de la generación 2002-2005, a quienes dentro del cuestionario de evaluación de calidad para alumnos se les preguntó, ¿qué sugerencias propondrías para el mejoramiento del servicio que otorga la CUSI? y a continuación se les presentaron las siguientes categorías que muestra la tabla 4.4.

**Sugerencias de los alumnos que cursaron la material Psicología Aplicada
Laboratorio V generación 2002-2005**

CATEGORÍA	RESPUESTAS					
Profesores	Ninguna 14%	Mejor trato a alumnos 14%	Supervisión constante 30%	Disponibilidad de tiempo 6%	Mas alternativas 16%	Contemplar otro tipo de discapacidades 6%
Mejoramiento de la terapia	Ninguna 18%	Cubrir necesidades 24%	Más tiempo de terapia 20%	Trabajo en equipo de padres, alumnos y profesores 16%	Seguimiento 22%	
Atención a padres	Ninguna 10%	Taller en todos los horarios 30%	Relación de padres con profesores 18%	Que se involucren los padres con sus hijos 38%		
Atención a otros servicios	Ninguna 40%			Trabajo multidisciplinario 60%		

Tabla 4.4 Muestra los porcentajes obtenidos de las sugerencias de los alumnos

En relación a la categoría profesores, los alumnos sugirieron (30%) que supervisen constantemente las actividades que éstos realizan, seguido por el 16% que propusieron se les brinden más alternativas para ofrecer un mejor servicio a los usuarios. Para la categoría mejoramiento de la terapia el 24% de los alumnos proponen cubrir las necesidades que presentan los usuarios, por otro lado el 20% sugiere buscar el seguimiento de objetivos entre semestres, así también plantean que la terapia dure más tiempo y el restante 16% les gustaría que el trabajo de equipo se facilitara, es decir, que todas las poblaciones involucradas (madres/padres, docentes y alumnos) se comprometieran en conjunto. De ahí que los alumnos propongan dentro la categoría atención a padres (38%) que éstos últimos se involucren más con sus hijos y con la terapia, el 30% propone taller para padres en todos los horarios y finalmente el 18% consideran que es fundamental la relación de los docentes con los padres. Y para finalizar el 60% propone un verdadero trabajo multidisciplinario, es decir que toda la población conozca y utilice todos los servicios que brinda la CUSI-Iztacala.

Ahora bien, con base en los resultados antes mencionados, a continuación, se presentan algunas propuestas que se consideran concretas y factibles de realizar, con la intención de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que ofrece la CUSI-Iztacala.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La transformación que día con día va dirigiendo el campo de la Educación Especial en el mundo, demanda la puesta en marcha de métodos prácticos de evaluación para implementarlos productivamente y así contribuir a que la prestación de los servicios se lleve a cabo dentro de las normas de calidad. Al respecto, Fernández y Ballesteros (1996) mencionan que la finalidad de la evaluación será proporcionar a los potenciales receptores de los servicios, información bien fundamentada, sabios juicios para la posterior reflexión y opciones eficientes para la acción.

Así, la necesidad de contar con métodos prácticos de evaluación, originó llevar a cabo una evaluación del servicio de Educación Especial otorgado en la CUSI Iztacala, para conocer si los servicios ofrecidos a los usuarios eran de calidad, adecuados a sus necesidades y a partir de esa información, llevar a cabo acciones para mejorar la calidad del servicio.

De ahí, el objetivo que persiguió el presente trabajo fue diseñar propuestas concretas y factibles de realizar; con base en las sugerencias de las madres y padres de los usuarios, profesores y alumnos; con la intención de mejorar la calidad del servicio de Educación Especial que ofrece la CUSI, en relación con: a) la institución, b) los usuarios, c) los docentes y d) los alumnos.

Para ello y dada la práctica inexistencia de instrumentos de evaluación, fue necesario elaborar un instrumento que contemplara las especificaciones de la CUSI. Dicho instrumento quedó compuesto por tres cuestionarios, uno de ellos dirigido a madres y padres de los usuarios y otros dos dirigidos a los profesionales que trabajan con ellos, en este caso, profesores y terapeutas. Al respecto, Diez (1999) considera necesario que “las personas con discapacidad y/o sus representantes participen en evaluaciones a favor de la calidad de los servicios”, pues así se emprenden verdaderas medidas para mejorar la calidad del mismo.

Mientras que Frank y Peter (1993), mencionan que la percepción de los profesionales incide necesariamente en el diseño de los servicios, debido a que el conocimiento especializado que se requiere para emitir un juicio técnico no está necesariamente al alcance de la mayoría de la población que acude a recibir el servicio.

Hernández (1995) considera necesario conocer los medios que se ponen a disposición del servicio, entendiendo por medio “todo aquel conjunto de estructuras y procesos que están presentes en la implantación de cualquier intervención” (pp.1303).

De ahí que, al hablar de **medios tangibles** se haga referencia a la infraestructura y el personal del que se dispone a la hora de establecer una determinada intervención (Hernández, 1995). Así, las instalaciones fueron consideradas como adecuadas por las madres y padres, sin embargo sugirieron mejorar el mantenimiento, mientras que los profesores solicitaron mayor eficacia y seguridad. Con respecto al mobiliario, las madres y los padres consideraron que es adecuado, pero, sugirieron mejorar el mantenimiento, mientras que los profesores (66%) apuntaron que hace falta amplitud en los espacios de trabajo. En este sentido estos datos corroboran la hipótesis postulada en el estudio “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” (2001-2006) señalando que cuando se evalúa la eficacia de los servicios, los profesionales tienden a dar mayor peso a las características propias de la estructura (instalaciones limpias, cómodas, ventiladas, etc.).

En este sentido, un aspecto importante para el desarrollo de la terapia es el material didáctico y las madres opinaron que hace falta material, los padres aunque en su mayoría consideraron que es adecuado (44%) porque en muchas ocasiones son los terapeutas quienes diseñan el material para cada usuario, un porcentaje muy significativo (38%) también apuntó que hace falta material didáctico que cubra las necesidades del servicio, por otro lado los profesores mencionaron que se debe evitar destruirlos.

En cuanto al área recreativa las madres, los padres y los profesores coincidieron en la falta de juegos recreativos que se adecuen a las edades de todos los usuarios. Al respecto Ramírez, Nájera y Nigenda (1998), señalan que la estructura física inadecuada, como la falta de espacios, cubículos, juegos recreativos y material didáctico, podría ser el reflejo de problemas de carácter organizacional.

En relación con el área de trabajo las madres sugirieron mejorar el mantenimiento, los padres opinaron que el área de trabajo es adecuada y finalmente algunos profesores señalaron que no es adecuada para los usuarios con problemas motores, pues hacen falta barandales y rampas. En este sentido, Díez (1999) señala que se tienen algunas dificultades a la hora de evaluarse las características de acceso a las instituciones, pues atender a usuarios con déficits motores no es lo mismo que atender a usuarios con problemas de lenguaje.

Con respecto al personal administrativo aunque las madres y los padres lo consideraron adecuado, el 8% de las madres y el 16% de los padres no los conocen, por lo que se sugiere plasmar un organigrama en el cual no solamente se muestre la división jerárquica de la CUSI, sino también que en él se vean nombres y fotografías, tanto del jefe de la clínica como del personal administrativo, de tal modo que tanto los profesionales como los usuarios conozcan a quien acudir en caso de afrontar algún problema o solicitar información.

Ramírez, Nájera y Nigenda (1998), señalan que la utilidad de un lenguaje claro y sin tecnicismos, adaptado a las características culturales de los usuarios, permite mantener una comunicación verbal adecuada. También tener una actitud y expresión que genere confianza, es reconocido como el elemento central, que no solamente contribuye al afecto del usuario por el servicio sino de la calidad que en el se brinda. Al respecto los datos mostraron que tanto las madres como los padres de los usuarios consideraron la relación existente entre profesionales y usuarios como adecuada.

*“...profesores felicidades, hacen un trabajo excepcional, debería haber más profesionales como ustedes...”
(Padre de usuario.*

“...terapeutas, les quiero agradecer todo lo que han hecho por mi hijo, en especial a Sergio porque le ha echado muchas ganas, es una persona muy responsable y un excelente psicólogo...” (Padre de usuario)

Así, corroboramos la hipótesis de que el proceso (relación interpersonal entre profesionales y usuarios) tiene dos veces más peso que los problemas de la estructura (soportes físicos) para determinar el nivel de calidad (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2001-2006).

Por otra parte, se entiende por **medios no tangibles** todas las acciones concretas que se llevan a cabo entre los profesionales y los usuarios y que constituyen la esencia de la intervención (Hernández, 1995).

Al respecto, las madres y los padres de los usuarios consideraron que el proceso de la terapia es adecuado, ya que refieren que el servicio ofrecido cumplió con los requerimientos generales que necesitaban sus hijos para desarrollarse integralmente, por su parte los terapeutas sugirieron cubrir las necesidades de la población dando prioridad al seguimiento de objetivos y programas.

Con respecto a la atención que se brinda a las madres y padres, éstos consideraron que es adecuada, pero proponen que el taller para padres sea más interesante, por otro lado el 22% de la población de padres sugieren taller en todos los horarios. Mientras que profesores y terapeutas sugirieron a las madres y padres mayor compromiso con sus hijos, es decir, que dediquen tiempo para asistir al taller y para la realización de tareas en casa y así favorecer los requerimientos generales que necesitan los usuarios para desarrollarse integralmente.

Finalmente madres, padres y terapeutas propusieron un servicio multidisciplinario, es decir, enviar a todos los usuarios que requieran de los servicios que brinda la CUSI. En este sentido, se tomó la decisión de elaborar un tríptico y un folleto, con el propósito de informar a la comunidad acerca de dichos servicios.

Estas propuestas coinciden con lo señalado por Douglas y Bateson (2002), considerando que los materiales impresos favorecen de manera significativa a la calidad de las instituciones, ya que éstos crean una ruta visual que permite transmitir la imagen profesional de la institución.

Así, el folleto de la institución y el tríptico serán vistos como una muestra de exhibición por escrito del servicio de Educación Especial y la oportunidad para que la institución proyecte su singularidad, debiendo presentar el material con entusiasmo a los usuarios existentes y a los prospectos (Douglas y Bateson 2002).

También, el elaborar un reglamento que contenga los derechos y las obligaciones de los usuarios, los profesores y los terapeutas, beneficia la percepción del servicio. Al respecto Ramírez, Nájera y Nigenda (1998), consideran que el grado de información del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución, así como de sus obligaciones, son elementos que afinan la calidad de la atención recibida.

Finalmente consideramos que haber llevado a cabo una evaluación sobre la calidad del servicio de Educación Especial de la CUSI, es un gran paso a favor de los servicios para discapacitados en México, por lo que se propone promover la evaluación periódica y la colaboración de todos los profesores responsables de la práctica de Educación Especial y Rehabilitación. No obstante, tanto el cuestionario para profesores como el diseñado para terapeutas presentan algunas fallas que deberán resolverse en trabajos futuros, específicamente éstos radican en elaborar un solo cuestionario para

las tres poblaciones evaluadas, ya que se dificulta el análisis de resultados y con esto se favorece incompatibilidad de datos.

Por ello en la medida de lo posible, la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala, tendrá que cubrir las necesidades básicas que demanda su población profesional y usuaria; así como atender y cumplir con las expectativas que estos últimos tienen respecto a sus servicios, ya que sin su opinión cualquier esfuerzo por mejorar la calidad de cualquier servicio quedaría truncado.

ANEXOS

ANEXO 1

REGLAMENTO INTERNO PARA EL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL

SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL

MISIÓN

Atender a las personas con requerimientos de educación especial y a sus familiares que soliciten el servicio.

VISIÓN

Proporcionar atención a la comunidad tratando de satisfacer las expectativas de los usuarios, alcanzando un alto nivel de calidad en el servicio proporcionado. Esto se logrará con el trabajo conjunto entre docentes y alumnos, dispuestos a orientar sus esfuerzos en la solución de las necesidades particulares de las personas que solicitan el servicio.

Capítulo I

Naturaleza y fines del servicio de educación especial

Este reglamento es de aplicación en la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala y tiene por objeto regular la prestación de servicios de atención en el área de Educación Especial. Para los efectos de este reglamento se entiende por:

- **USUARIO:** Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación del servicio de educación especial.
- **DOCENTE:** Todo personal que esté adscrito a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en la carrera de Psicología y que pertenezca al área de Educación Especial y Rehabilitación.
- **ALUMNO:** Aquella persona adscrita a la carrera de Psicología y que curse la asignatura de Psicología Aplicada Laboratorio V.

El presente reglamento norma en sus aspectos pedagógicos y de gestión el servicio de Educación Especial a niños, adolescentes, jóvenes y adultos que

presentan necesidades educativas especiales con el fin de conseguir su integración en la vida comunitaria y su participación en la sociedad.

El servicio que brinda la CUSI-Iztacala, se rige por un **enfoque inclusivo** que le permite atender a personas con requerimientos de educación especial, con el fin de conseguir su integración en la vida comunitaria y su participación en la sociedad.

La jornada diaria de trabajo para los docentes, alumnos y usuarios se ajustará a los requerimientos institucionales y la distribución del tiempo se adecuará a la planificación didáctica, así como a los intereses y motivaciones de los usuarios.

La atención en el área de Educación Especial, deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional.

Sus fines son:

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios del servicio de educación especial.
- Proporcionar una atención que favorezca el desarrollo integral de los usuarios.
- Asesorar y capacitar a los padres y/o tutores en la atención de los usuarios.
- En caso necesario canalizar a los diferentes servicios que ofrece la CUSI u otras instancias necesarias, según sea el caso.

Capítulo II

Derechos y obligaciones de los usuarios

SECCIÓN PRIMERA

Derechos

1. Recibirán atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno por parte de cualquier persona que labore en la institución (profesores, jefes de área, personal administrativo, alumnos, personal de intendencia, profesionales, etc.)
2. Ser atendidos con puntualidad en el horario y con el profesor que se les asigne de acuerdo a la disponibilidad que exista en el semestre.
3. Recibir una credencial que lo acredite como usuario del servicio de educación especial.
4. Comunicar al profesor responsable cualquier irregularidad en la prestación de servicios, conforme a lo que establece el presente reglamento. En caso de no ser solucionadas sus demandas podrá acudir a la Jefatura del área de Psicología de la CUSI, o a la jefatura general de la CUSI.
5. Solicitar un informe por escrito de la evaluación, avances y desarrollo del tratamiento que recibe el usuario. Dicho informe podrá solicitarlo al

- profesor responsable quien indicará al alumno la forma de elaboración y la fecha de entrega
6. Recibir información oportuna sobre fechas de inicio y término de semestre, vacaciones y días festivos.
 7. Ser entrevistados por la Trabajadora Social para obtener la cuota correspondiente ó exención de pago, con base en un estudio socioeconómico y sus posibilidades familiares.
 8. Exigir al profesor y alumno responsable de la atención del usuario que la información proporcionada y/o aspectos personales del mismo sean tratados con estricta confidencialidad.
 9. Tener prioridad de reinscripción al siguiente semestre
 10. Conocer todos los programas que existen en la CUSI que sean idóneos o aplicables al bienestar del usuario.
 11. Contar con la seguridad y protección del usuario siempre y cuando se encuentre dentro de las instalaciones de la FESI.

SECCIÓN SEGUNDA

Obligaciones

1. Conservar en buen estado el mobiliario, equipos y materiales que se pongan a su disposición.
2. El usuario portará en un lugar visible la credencial que lo acredite como receptor del servicio.
3. Asistir **puntualmente** en el horario en que será atendido el usuario. La tolerancia será de quince minutos. Las inasistencias sólo serán justificadas por: a) consultas médicas de otros especialistas y b) enfermedad comprobada del usuario, padre o tutor. La acumulación de tres faltas injustificadas será motivo de baja definitiva del servicio.
4. Avisar oportunamente en caso de inasistencia por parte del usuario.
5. Avisar por lo menos con un día de anticipación si el usuario tiene una cita programada en otra institución.
6. En caso de que el usuario tenga prescrito algún medicamento en el horario de servicio es responsabilidad de los padres o tutores su manejo.
7. Si el usuario se presenta enfermo, debe de presentar una constancia médica que lo autorice a permanecer en el servicio en esa condición.
8. El usuario debe asistir aseado, cuidando su arreglo personal y su alimentación y habiendo descansado apropiadamente (sobre todo para la práctica de la mañana).
9. El usuario deberá presentarse con el material que se le solicite y cuando lo requiera el terapeuta responsable.
10. Respetar a todas las personas independientemente de su condición física, económica, cultural o social.
11. Participar activamente en el desarrollo del proceso terapéutico.
12. Asistir a los cursos o talleres para padres que se impartan en la CUSI-Iztacala.
13. Realizar las tareas, actividades y recomendaciones solicitadas por los terapeutas.

14. Cumplir con el pago oportuno mensual de las cuotas asignadas para recibir el servicio y entregar la copia del recibo al profesor responsable del turno en el que asiste el usuario.
15. Asistir puntualmente a los servicios que sean recomendados dentro de las instalaciones de la CUSI (Trabajo Social, Medicina, Optometría, Psicología Clínica, etc.), comprometiéndose a seguir el tratamiento correspondiente.
16. Notificar oportunamente sobre padecimientos crónicos, tratamientos especiales, toma de medicamentos, etc. del usuario para tomar las medidas de atención necesarias.
17. Recoger **puntualmente** a los usuarios después de recibir el servicio, ya que no existe ninguna tolerancia debido a que no hay personal disponible para atenderlos y el horario es específico.
18. Informar directamente al profesor responsable sobre cualquier inconformidad, duda o contratiempo que se llegue a presentar en relación con el servicio de educación especial que recibe su hijo.
19. Prohibido realizar comentarios fuera del área de trabajo sobre cualquier información que se haya manejado en los cursos o talleres a los que se asistió, ya que ésta es de carácter personal y confidencial.
20. Esta prohibido realizar cualquier tipo de actividades comerciales en la CUSI
21. Los padres deberán permanecer en la CUSI mientras sus hijos reciben atención haya o no haya taller para padres.
22. Auxiliar en el seguimiento del programa en cada uno de los semestres para el continuo aprendizaje y desarrollo del usuario.

Capítulo III

Derechos y obligaciones de los alumnos

SECCIÓN PRIMERA

Derechos

1. Ser informados, al inicio del semestre sobre los objetivos de la asignatura de Psicología Aplicada Laboratorio V, el programa del curso, el reglamento general del área de Educación Especial, los criterios de evaluación y cualquier otra información pertinente.
2. Recibir un curso introductorio que les brinde las habilidades mínimas necesarias para atender a usuarios con requerimientos de educación especial.
3. Contar con asesoría diaria del profesor responsable de la práctica de Educación Especial.
4. Recibir información sobre su calificación final de la materia y su desarrollo profesional en la práctica.
5. Recibir información oportuna sobre fechas de inicio y término de semestre, vacaciones y días festivos.
6. Utilizar el material didáctico disponible en el área de educación especial correspondiente en su horario de trabajo, haciendo uso responsable de

- éste y devolviéndolo en buenas condiciones al concluir el horario de su práctica.
7. Utilizar las instalaciones de la CUSI Iztacala destinadas para proporcionar el servicio de Educación Especial (aulas, cubículos, jardines, baños y bodega), en el horario asignado a su práctica.
 8. Recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno por parte de cualquier persona que labore en la institución (profesores, jefes de área, personal administrativo, alumnos, personal de intendencia, profesionales, etc.)
 9. Comunicar cualquier irregularidad en la prestación de sus servicios, al profesor responsable; en caso de no ser solucionada, deberá acudir a la Jefatura del área de Educación Especial, a la Jefatura del área de Psicología de la CUSI-Iztacala, a la Jefatura general de la CUSI o a la Jefatura de la Carrera de Psicología.
 10. En caso de que los usuarios hayan recibido atención por parte de cualquier otro servicio ofrecido en la clínica (medicina, optometría, odontología, etc.) se podrá solicitar un informe por escrito.

SECCIÓN SEGUNDA

Obligaciones

1. Asistir al área del servicio de educación especial aseado(a) y cuidando su presentación personal.
2. Asistir puntualmente a su práctica. La tolerancia estará determinada por el profesor responsable. La acumulación de tres faltas injustificadas consecutivas o cinco justificadas serán motivo de baja en la asignatura.
3. Asistir al curso introductorio y participar en todas las actividades que cada profesor diseñe.
4. Asistir y participar en el periodo de planificación previo al recibimiento de usuarios.
5. Portar en algún lugar visible su credencial que lo acredita como alumno(a) de la Facultad.
6. Evaluar sistemáticamente el trabajo con los usuarios en función de los objetivos de los programas.
7. Evaluar integralmente a los niños haciendo uso del servicio de psicología, medicina, optometría, trabajo social y odontología bajo la recomendación del profesor responsable.
8. Diseñar programas de intervención tomando en cuenta las necesidades y potencialidades de cada usuario, con la participación de los equipos interdisciplinarios de apoyo (servicio de medicina, optometría, y otros) y los padres de familia.
9. Informar a la familia preferentemente del usuario, sobre los resultados obtenidos en la preevaluación realizada al inicio del semestre.
10. Informar periódicamente al responsable del usuario sobre los avances durante el periodo de intervención, con el objetivo de contar su apoyo en las actividades de casa.
11. Elaborar el expediente de cada usuario atendido durante su práctica.

12. Utilizar procesos didácticos que permitan la participación activa de los usuarios que garanticen un aprendizaje efectivo.
13. Estimular y evaluar sistemáticamente el trabajo de los usuarios en función de los objetivos del programa.
14. Mostrar respeto a los usuarios, a sus familiares, al profesor y sus compañeros.
15. Preservar la salud y seguridad personal del usuario que atienda; siempre y cuando se encuentre dentro de las instalaciones de la Facultad.
16. Informar al profesor asignado de cualquier problemática médica, psicológica, familiar o social en la que el usuario se encuentre en peligro o riesgo.
17. Evitar proporcionar medicamentos a los usuarios en caso de estar administrándose. Los responsables, se harán cargo de esta atención.
18. En el caso de que el usuario asista a una escuela regular promover la integración educativa, la cual se refiere a dirigir acciones para lograr la integración de los usuarios con necesidades educativas especiales, al sistema de educación regular, a fin de garantizar el proceso de integración escolar, brindando apoyo y asesoramiento técnico-docente especializado a la comunidad educativa.
19. Fomentar la adquisición de hábitos o destrezas que ayuden a conseguir autonomía e independencia personal, para facilitar el proceso de integración familiar, escolar y comunitaria del usuario.
20. Diseñar y elaborar material didáctico que responda a las necesidades y características específicas de cada usuario, teniendo en cuenta su contexto sociocultural y económico.
21. Capacitar e integrar a los responsables de los usuarios a fin de que adquieran conocimientos, orientaciones y destrezas para ayudarlos en el proceso educativo de los usuarios y que impulsen su crecimiento integral y familiar.
22. Prohibido hacer uso de castigos corporales, psicológicos, poner apodosos y cualquier otra forma de maltrato o abuso que atenten contra la integridad personal del usuario; quien incurriera en esta falta será sancionado de acuerdo con la legislación Universitaria.
23. Responsabilizarse de la atención y cuidado de los niños durante el horario de su práctica, no dejándolos solos en el cubículo, ni en el área de jardín por ningún motivo.
24. Está prohibido recibir visitas (amigos, novios, compañeros, etc.) durante el horario de práctica.
25. Se prohíbe fumar, consumir bebidas alcohólicas o drogas en las instalaciones de la clínica.
26. El uso del teléfono celular queda restringido a casos de extrema urgencia y en ningún caso se pueden utilizar durante la terapia.
27. Dedicar el tiempo de la práctica a actividades directamente relacionadas con ésta.
28. Abstenerse de realizar cualquier comentario sobre los casos tratados en las instalaciones de la clínica, a excepción de las sesiones destinadas para este fin.

29. Mantener un comportamiento adecuado a las condiciones para las que fueron destinados los diferentes espacios de la Clínica, mostrando un desempeño profesional en todo momento.
30. Permanecer en las instalaciones de la CUSI durante el horario de su práctica y en caso de necesitar ausentarse de ésta, deberán avisar al profesor responsable.
31. Evitar permanecer en las áreas que están destinadas a terapia una vez concluido el horario de la práctica.

Capítulo IV

Derechos y obligaciones de los docentes

SECCIÓN PRIMERA

Derechos

1. Recibir un trato respetuoso y digno por parte de cualquier persona que labore en la institución (profesores, jefes de área, personal administrativo, alumnos, personal de intendencia, usuarios).
2. Comunicar cualquier irregularidad en la prestación de servicios a la Jefatura de Educación Especial y a la jefatura del área de Psicología en la CUSI-Iztacala.
3. Recibir información oportuna sobre cualquier programa académico, cambios administrativos y /o modificaciones en las instalaciones de la clínica que puedan influir en el buen funcionamiento de su práctica.
4. Solicitar apoyo a la jefatura de Psicología en la CUSI para solucionar cualquier contratiempo que se presente en la práctica.
5. Hacer uso de las instalaciones destinadas al servicio de educación especial durante el horario asignado y que éstas cuenten con las condiciones de higiene y seguridad que una clínica requiere.
6. Contar con los espacios necesarios para la impartición de la práctica.
7. Contar con los espacios dignos y limpios para dar el servicio al usuario de Educación Especial.
8. Contar con vigilancia y seguridad en las instalaciones de la CUSI.
9. Conocer los programas de la CUSI para el beneficio de los usuarios de Educación Especial.
10. Contar con los servicios médicos y de urgencias en casos específicos para los usuarios.
11. Colaborar en los programas de apoyo que se realicen en la CUSI.

SECCIÓN SEGUNDA

Obligaciones y funciones

1. Responsabilizarse de la gestión de la práctica en el horario asignado, promoviendo una alta calidad de atención psicológica, un buen funcionamiento del servicio y una formación profesional de calidad para los alumnos de la carrera de Psicología.

2. Elaborar semestralmente un plan estratégico de las actividades que se llevarán a cabo en la práctica de educación especial.
3. Impartir un curso introductorio al inicio de cada semestre.
4. Asistir puntual y regularmente al horario de su práctica siguiendo el calendario aprobado por la Universidad en cada semestre y respetando las horas curriculares asignadas para dicha materia; permaneciendo en la CUSI el tiempo de su práctica.
5. Coordinar y supervisar los programas de actividades que se desarrollen como parte del servicio ofrecido a la comunidad.
6. Contar con las cartas compromiso firmadas por los padres y/o responsables del usuario sobre el servicio en la Clínica.
7. Informar, orientar y asesorar a los padres sobre los progresos y dificultades de los usuarios e involucrarlos en el proceso educativo, en forma grupal y/o individual.
8. Organizar, revisar y dirigir la aplicación de las estrategias de intervención de manera oportuna.
9. Orientar la elaboración y utilización de recursos didácticos.
10. Retroalimentar el desempeño de los alumnos durante la práctica de educación especial en reuniones semanales analizando los diferentes casos atendidos.
11. Capacitar, orientar y asesorar continuamente a los alumnos sobre estrategias metodológicas y organizativas del caso a tratar en la práctica de Educación Especial.
12. Coordinar y planificar con el alumno el uso de metodologías activas que ayuden a desarrollar en forma eficiente el proceso educativo de integración social.
13. Facilitar experiencias de escolarización combinada en escuelas regulares y escuelas de educación especial cuando las mismas se consideren adecuadas para satisfacer las necesidades educativas de los usuarios que participen en ellas
14. Promover en los alumnos el desarrollo de actitudes positivas hacia los usuarios para potenciar así su desarrollo biopsicosocial.
15. Responsabilizarse del trabajo del alumno frente al usuario así como de la supervisión de los mismos en caso de cualquier tipo de abuso físico, psicoemocional, o sexual que se demande por parte del usuario.
16. Presentar a las instancias pertinentes un informe sobre las características de la población de la práctica que dirige (número de usuarios, edad, diagnóstico, programas, etc.)
17. Informar a la jefatura de la carrera de psicología en la CUSI-Iztacala y a protección civil cualquier irregularidad, accidente, contingencia ambiental, que involucre al personal que labore en el área de Educación Especial.
18. Evitar fumar dentro de las instalaciones de la clínica.

4.2 SUGERENCIAS

Instalaciones



Colocar trípticos en la sala de espera sobre la información básica del servicio que se brinda en el área de educación especial, con el fin de que las personas conozcan los diferentes horarios de atención, las actividades que se realizan y el tipo de población que se atiende dentro de cada uno de éstos.



De igual modo, se pueden elaborar folletos que contengan los diferentes servicios con los que cuenta la CUSI.



Elaborar y difundir el reglamento de la CUSI, en el cual se describan las obligaciones y responsabilidades de los docentes, alumnos y usuarios, ubicándolo en un lugar que sea accesible para todos.



Realizar un organigrama en el cual se muestre la división jerárquica de la CUSI, es decir, que en él se vean nombres y fotos, tanto del jefe de la clínica como del personal administrativo. Este deberá estar ubicado en un lugar visible y llamativo, de tal modo que tanto los profesionales como los usuarios conozcan a quién acudir en caso de tener algún problema o solicitar información.



Hacer un plano de las instalaciones, en donde se pueda observar cuál es la ubicación de cada uno de los servicios con los que cuenta la clínica, con el fin de que los usuarios puedan localizar más fácilmente el lugar a donde deseen acudir.



Que en diferentes puntos de la clínica se coloquen buzones de quejas, en donde todos los que conforman la CUSI puedan exponer algunas anomalías con respecto al servicio.



Destinar parte de las cuotas a la adquisición, mantenimiento y reposición de materiales didácticos y promover la cooperación de los alumnos para la donación de algunos de éstos.



Mantener limpias y en buenas condiciones las cámaras de Gesel para que se puedan utilizar en beneficio de la práctica.



Promover la evaluación periódica del servicio (cada año) tomándo en cuenta algunas consideraciones:

- Buscar el refinamiento del instrumento de evaluación para las tres poblaciones evaluadas.
- Contar con la colaboración de todos los profesores responsables de la práctica; de igual manera, buscar la cooperación equitativa de las poblaciones a evaluar en los diferentes turnos.
- Contar con un espacio destinado al trabajo de evaluación, donde se tenga la posibilidad de llevar a cabo las entrevistas bajo condiciones adecuadas.
- Llevar un registro de cuántos pacientes se atienden y cuántos se dan de alta, especificando el por qué de ésta, para facilitar las posibles evaluaciones.

Participación de los profesores



Planear una visita guiada para alumnos en donde se observe la ubicación de los servicios con los que cuenta la clínica y así facilitar la atención multidisciplinaria.



Proporcionar por medio de un inventario, materiales didácticos a cada uno de los profesores encargados de la práctica de educación especial y responsabilizarlos sobre el cuidado de éste.



Elaborar material que ilustre al alumno sobre la temática abordada en la práctica y brindar un panorama de interés hacia la misma.



Realizar pláticas y talleres en cada uno de los horarios, las cuales ayuden al estado emocional de los familiares de los usuarios, tomando en cuenta algunas cuestiones:

- Solicitar la colaboración de otros profesionales para llevar a cabo estas pláticas.
- Contar con el apoyo de otros servicios que brinda la CUSI como por ejemplo psicología clínica



Facilitar la comunicación entre los servicios necesarios para el tratamiento de cada usuario, mediante la elaboración de un expediente general para cada usuario, en donde se muestren los reportes de cada uno de los servicios que el usuario haya recibido y sirvan como base para un tratamiento integral.



Planificar la continuidad semestral de los programas de intervención, es decir, condicionar la entrega de expedientes a los estudiantes aunque no acrediten la materia en el periodo que corresponde.



Buscar mayor comunicación y supervisión de los profesores responsables hacia los terapeutas.



Que el interés académico de los profesores, no limite el conocimiento de los alumnos.

Participación de los alumnos



Fomentar el compromiso de los terapeutas para realizar al final de cada semestre, un expediente del trabajo realizado con el usuario para poder obtener continuidad en los futuros programas.



Aportación al finalizar el semestre, de los diferentes materiales elaborados para trabajar los programas de intervención con sus pacientes.



Supervisar los expedientes de por lo menos un semestre anterior de los usuarios y retomar la información con el fin de evitar la pérdida de tiempo.



Incluir como actividades para los alumnos encargados del taller para padres los siguientes puntos:

1) Satisfacer las necesidades de los padres, esto es, proporcionar información sobre las inquietudes y temas que les gustaría que se abordaran en el taller, mediante la elaboración de material informativo como pueden ser folletos, que contengan:

- Breve información sobre los padecimientos
- Causas
- Prevención (si existe)
- Tratamiento
- Importancia de la participación de la familia en el tratamiento

2) Calidad de la información la cual debe de estar actualizada.

3) Adaptarse a las necesidades de los padres, en donde los profesionales deben expresarse con palabras sencillas y cotidianas.

Participación de las madres y padres de los usuarios



Hacer obligatorio que las madres y padres visiten las instalaciones por lo menos una vez, en donde los terapeutas realicen una visita guiada mostrándoles los servicios con los que cuenta la CUSI.



Fomentar la participación de los padres en la realización de tareas:

- 1.-Fijar un horario específico todos los días para realizar la tarea.
- 2.-Llevar un registro a la semana o al mes (opcional) de cuantas veces ayuda a su hijo en la realización de la tarea.



En dado caso de que a los padres/madres de los usuarios se les imposibilite asistir a la clínica, fomentar la comunicación entre la pareja, para que se difunda toda la información en beneficio del usuario.



Aceptar el compromiso del servicio, es decir, seguir las instrucciones de los terapeutas y participar en los talleres para padres en beneficio de la rehabilitación de los usuarios.

4.3 Diseño de propuestas

Con base en los resultados obtenidos tanto cuantitativos (máximos porcentajes de las tres poblaciones evaluadas) como cualitativos (sugerencias implícitas, como por ejemplo, que algunas madres y padres de usuarios no conocen las instalaciones y al personal que brinda el servicio de Educación Especial) se tomó la decisión de elaborar un reglamento (**ver anexo 1**), un tríptico (**ver anexo 2**) y un folleto (**ver anexo 3**) de la Clínica Universitaria de Salud Integral, con la finalidad de mejorar la calidad que se brinda en el área de Educación Especial y Rehabilitación.

TRIPTICO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población atendida son niños de 2 a jóvenes de 20 años de edad, con algún requerimiento de Educación Especial.



PROBLEMÁTICAS ATENDIDAS

- ✓ Síndrome Down
- ✓ Retardo generalizado
- ✓ Alteraciones en el lenguaje
- ✓ Hipotiroidismo
- ✓ Parálisis cerebral
- ✓ Hiperactividad
- ✓ Problemas de aprendizaje
- ✓ Déficit de atención

DIRECTORIO

Dr. Juan Ramón de la Fuente
RECTOR

Lic. Enrique del Val Blanco
SECRETARIO GENERAL

Mtro. Daniel Barrera Pérez
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

M. C. Ramiro Jesús Sandoval
DIRECTOR

Mtro. Fernando Herrera Salas
SECRETARIO GENERAL ACADÉMICO

Dra. Constanza Miralrio Medina
DIRECTORA CUSI IZTACALA

Dra. Blanca Huitrón V.
JEFA DE PSICOLOGÍA CUSI IZTACALA

INFORMES:

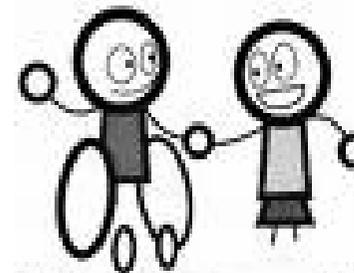
Av. de Los Barrios S/N
Col. Los reyes Iztacala.
Tlalnepantla Edo. de México
C. P. 59090
Tel. 56 23 13 82

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores
Iztacala

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD
INTEGRAL

Área de Educación Especial y
Rehabilitación

¿Considera que su hijo requiere de Educación Especial?

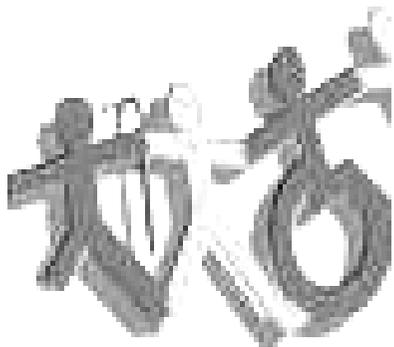


La CUSI- Iztacala le brinda un servicio de Educación Especial destinado a personas con necesidades educativas especiales.

Sólo tiene que:

- I. Dirigirse a la Jefatura de Psicología dentro de la CUSI.
- II. Llenar un formato en donde explique el motivo de la consulta, sus datos generales y el horario en que puede acudir.

En ese momento se le informará que estará en una lista de espera y que la aceptación del usuario será cuando exista un lugar disponible.



SERVICIOS QUE SE OFRECEN

- ❖ Atención individualizada
- ❖ Evaluación general del paciente
- ❖ Tratamiento de acuerdo a los resultados de la evaluación inicial
- ❖ Entrenamiento a padres
- ❖ Comunicación con profesores
- ❖ Canalización a otros servicios de la CUSI-I.



REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN

- Asistencia
- Puntualidad
- Cooperación con el tratamiento
- Asistencia al taller para de padres
- Solicitar y/o asistir a otros servicios por recomendación del terapeuta
- Pago de cuota mínima de recuperación



ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

El horario de atención a la comunidad es de 8:00 a 19:00 hrs. Distribuido en cinco turnos. 8:00-10:00, 10:00-12:00, 12:00-14:00, 15:00-17:00 y de 17:00-19:00.



Gracias a los resultados obtenidos, la demanda cada día es progresiva, ya que sus características de atención individualizada, el nivel de avance en el desarrollo que los usuarios pueden alcanzar y los bajos costos del servicio, son elementos indiscutibles a favor de esta institución.



DIRECTORIO

Dr. Juan Ramón de la Fuente
RECTOR

Lic. Enrique del Val Blanco
SECRETARIO GENERAL

Mtro. Daniel Barrera Pérez
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

M. C. Ramiro Jesús Sandoval
DIRECTOR

Mtro. Fernando Herrera Salas
SECRETARIO GENERAL ACADÉMICO

Dra. Constanza Miralrio Medina
DIRECTORA CUSI IZTACALA

INFORMES:

Av. de Los Barrios S/N
Col. Los reyes Iztacala. Tlalnepantla Edo. de
México
C. P. 59090
Tel. 56 23 13 82

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL - IZTACALA

La Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala (CUSI-I) tiene como principal objetivo fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje de los profesionales de la salud en formación mediante una atención integral a la población, asesorados por profesores calificados en cada área, por lo que se ponen a su disposición los siguientes servicios:

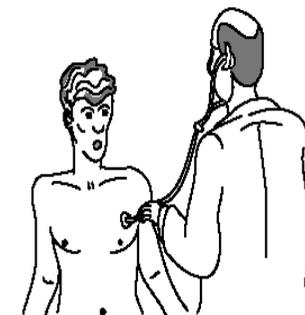
MEDICINA

✓ Consulta externa de:

- ⇒ Medicina General
- ⇒ Ginecología
- ⇒ Pediatría
- ⇒ Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada
- ⇒ Comunicación Humana
- ⇒ Urgencias

✓ Otros Servicios:

- ⇒ Laboratorio Clínico
- ⇒ Rayos X
- ⇒ Clínica de ayuda para dejar de fumar



PSICOLOGÍA

- ✓ Psicología Clínica
- ⇒ Problemas de Estrés
- ⇒ Problemas de Depresión
- ⇒ Problemas de Conducta
- ⇒ Relaciones de pareja

- ✓ Educación Especial y Rehabilitación
- ⇒ Síndrome Down
- ⇒ Retardo generalizado
- ⇒ Alteraciones en el lenguaje
- ⇒ Hipotiroidismo
- ⇒ Parálisis cerebral
- ⇒ Hiperactividad
- ⇒ Problemas de aprendizaje
- ⇒ Déficit de atención

- ✓ Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia

- ✓ Neuropsicología
- ⇒ Trastornos de Déficit de Atención



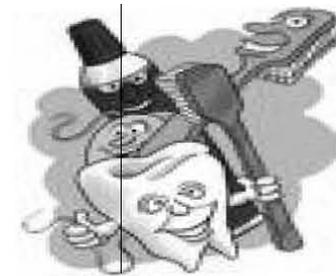
OPTOMETRÍA

- ⇒ Diagnóstico Oportuno
- ⇒ Tratamiento Integral
- ⇒ Seguimiento
- ⇒ Rehabilitación Visual
- ⇒ Atención multidisciplinaria



ÁREA DE ODONTOLOGÍA

- ⇒ Pago de admisión y de paquete higiénico
- ⇒ Presentación con el Doctor
- ⇒ Diagnóstico
- ⇒ Historia Clínica
- ⇒ Presupuesto



REFERENCIAS

- ✓ *Asociación Pro-personas con Parálisis Cerebral*. (Mayo, 2006). (En red). Disponible en: www.apac.org.mx/paginas_interiores/quees_iap3.htm
- ✓ Ausubel, D. (1983). Maestros, enseñanza y psicología educativa. En: *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo* (pp. 17-45). México: Trillas.
- ✓ Azúa, B. P. (1995). Desarrollo de servicios para personas con retraso mental. En: Verdugo, A. (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 1117-1141). España: Siglo XXI.
- ✓ Barón, R., Byrne, D. & Kantowitz, B. (1980). Psicología, comprensión de la conducta. En: *Psicología: Comprensión de la Conducta* (pp. 3-33). México: Interamericana.
- ✓ Bleger, J. (1985). La Psicología y el ser humano. En: *Psicología de la Conducta* (pp. 13-22). México: Paidós.
- ✓ *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Principales aspectos y logros*. (2001-2006). (En red). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psct_tr/cncss_conf.pdf
- ✓ Díez, A. A. (1999). Estudio de Centros: Una aproximación a la realidad de las personas con discapacidad. En: Verdugo, A. & Jordán de Urríes, V. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- ✓ Donald, D. & Attkisson, C. (1993). Garantía de calidad en la evaluación de programas de servicios humanos. En: Attkisson, C., Hargreaves, W., Horowitz, M. & Sorensen, J. (1993). *Administración de los hospitales, Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario*. (pp. 536-579). México: Trillas.
- ✓ Douglas, H. K. & Bateson, J. E. G. (2002). Introducción a los servicios. En: *Fundamentos de marketing de servicios. Conceptos, estrategias y métodos* (pp. 2-22). México: Thomson.
- ✓ Durán, B. R., Delgado, M. J. & Dengra, M. R. (1995). Trabajo interdisciplinar en personas con discapacidad. En: Verdugo, A. (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.1204-1210). España: Siglo XXI.
- ✓ Escoriza, N. J. (1998). *Conocimiento psicológico y conceptualización de las dificultades de aprendizaje*. Barcelona: Edicions de la Universidad de Barcelona.
- ✓ Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

- ✓ Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación de programas en servicios sociales. En: Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (pp. 207-215). Madrid: Síntesis.
- ✓ Fernández del Valle, J. (1999). Evaluación de programas y atención en acogimiento residencial infantil. En: Verdugo, A. & Jordán de Urríes, V. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- ✓ Franco, A. D. (s. f.) *Análisis de la Integración Educativa de Niños con Discapacidad en el Estado de México*. (En red). Disponible en: http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/F/FrancoDiana_IntegracionEd.htm
- ✓ Frank, W. S. & Peter, P. M. (1993). *La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica*. Salud Pública de México. 35 (3). Mayo –Junio.
- ✓ Gibson, J. T. (1985). *Psicología Educativa*. México: Trillas.
- ✓ Guevara, Y., Ortega, P. & Plancarte P. (2001). *Psicología Conductual. Avances en Educación Especial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ✓ Harrsch, C. (1992). Panorama Histórico de la psicología. En: *El psicólogo, ¿qué hace?* (pp.31-79 y 141-156). México: Alambra.
- ✓ Hernández, L. J. (1995). Evaluación de programas y servicios en personas con discapacidad. En: Verdugo, A. (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.1285-1321). España: Siglo XXI.
- ✓ Ibáñez, L. P. (2002). *Las discapacidades. Orientación e intervención educativa*. Madrid: Dykinson.
- ✓ Igone, A. B. (2002). Retraso mental y calidad de vida. En: *Calidad de vida y retraso mental: Un estudio en la Comunidad del país Vasco*. (pp. 23-37). Universidad de Deusto: Ediciones Mensajero.
- ✓ Ingalls, R. (1982). *Retraso Mental. La nueva perspectiva*. México: Manual Moderno.
- ✓ Kantor, J. R. (1980). *Psicología interconductal*. México: Trillas.
- ✓ Keller, S. (1995). El problema de la definición. En: *La definición de psicología*. (pp.151-154). México: Trillas.

- ✓ Keller, S. (1995). Teorías del aprendizaje y el nuevo conductismo. En: *La definición de psicología* (pp. 141-149). México: Trillas.
- ✓ Klingler, K. C. (2000). El Desarrollo de Servicios para discapacitados. En: Shea, T. M. & Bauer, A. (2000). *Educación Especial. Un enfoque ecológico* (pp. 459-462). México: Mc Graw-Hill.
- ✓ *Madres Orgullosas de Seres Sorprendentes*. (Mayo, 2006). (En red). Disponible en: <http://www.moss.com.mx>
- ✓ Muñoz, C. G. A. (2005). Elementos teóricos sobre calidad en postgrado. *Revista Iberoamericana de salud*. 36 (12). Venezuela.
- ✓ Ortiz, G. M. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En: Verdugo, A, M. (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 37-72). España: Siglo XXI.
- ✓ Pereida, F. & y Sumano J. L. (2005). *Evaluación del servicio ofrecido por el área de educación especial: una perspectiva de los alumnos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ✓ Pérez-Cuevas, R., Libreros, V., Reyes, S., Santa Cruz, J., Alaniz, V. & Gutiérrez, G. (1994). Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Pública de México*. 36 (5) Septiembre-October.
- ✓ Pérez-Llantada, M.C. & López de la Llave, A. (1999). Evaluación de programas de salud y servicios sociales. Madrid: Dykinson.
- ✓ Plancarte, P. A. & Ortega, P. (2003). La práctica de Educación Especial en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 6 (3). (En Red). Disponible en: <http://iztacala.unam.mx>
- ✓ Plancarte, P. A. & Ortega, P. (2005). *Síntesis del Proyecto de evaluación y análisis de la calidad del servicio de educación especial que se ofrece en la CUSI*. México: PAPIME.
- ✓ Plancarte, P. A. & Ortega, P. (2007). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Educación Especial en una institución universitaria. México: PAPIME.
- ✓ Ramos, M. E. (2000). Discapacitados, incapacitados o inválidos, ¿sólo cuestión de términos? En: Shea, T. M. y Bauer, A. (2000). *Educación Especial. Un enfoque ecológico* (pp. 469-473). México: Mc Graw-Hill.
- ✓ Ramírez, S. T. J., Nájera, A. P. & Nigenda, L. G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. 40 (1) Enero-Febrero.

- ✓ Sánchez, E. P. (1997). *Compendio de Educación Especial*. México: El Manual Moderno.
- ✓ Sánchez, R, P. (2004). *La transformación de los servicios de educación especial en México*. (En Red). Disponible en: http://www.huascaracan.edu.pe/boletín/0_link/b_28/ponencias_mexico.pdf
- ✓ Sánchez, S. J. & Hernández, G. L. (1995). La integración-práctica profesional en la formación del psicólogo. En: Reynand, R. B. & Sánchez, S. J. (1995). *La psicología Aplicada en México*. (pp. 5-12). México: UNAM.
- ✓ San Luis, C., López, D. A. & Pérez, LL. M. (1999). Conceptos Básicos en Evaluación de Programas. En: Pérez, LL. M. & López, D. A. (1999). *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos*. (pp.19-32). Madrid: Dykinson.
- ✓ Tamarit, J. (2002). *Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito Europeo*. Documentación Social. Madrid: Caritas Españolas Editores.
- ✓ Tamarit, J. (2004).Calidad FEAPS. En: Canovas, F. y Pardavilla, B. (2004). *La gestión de la calidad en los servicios sociales*. (pp. 1-12) Madrid: IMSERSO.
- ✓ *Teletón*. (Mayo, 2006). (En red). Disponible en: <http://www.teleton.org.mx>
- ✓ Vanegas, C. G. (2004). *El servicio de educación especial: una perspectiva de las madres de los usuarios*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ✓ Zas, R. B. (2004). La satisfacción como indicador de Excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Psicología Científica. com*