



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EVALUCION DE LAS PERSONAS CON DISCPACIDAD
AL AMBIENTE LABORAL**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
M A E S T R A
E N P S I C O L O G Í A C L I N I C A**

**P R E S E N T A:
M A R I A I S A B E L A G U I L A R F E R N Á N D E Z**

**DIRECTORA
D R A . S O F Í A R I V E R A A R A G Ó N**

COMITÉ TUTORAL:
Dra. Guadalupe Acle Tomasini
Dra. Mirna García Méndez
Dr. Rolando Díaz Loving
Mtra. Miriam Camacho Valladares

México. D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México mi Alma Mater.

A la Facultad de Psicología quien me formó como profesionista y me ayudo al desarrollo de mi inteligencia, me siento en deuda con Ella.

Agradezco al programa de Maestría y Doctorado en Psicología por el apoyo para la realización de este trabajo.

Mi más profundo agradecimiento a la Dra. Sofía Rivera Aragón por aceptar dirigir este proyecto, por compartir su tiempo, conocimientos y experiencia, porque cada día con ella era un aprendizaje nuevo, porque confió en que llegaría al final y sobre todo por su calidad profesional y calidez humana.

Al comité tutorial Dra. Guadalupe Acle Tomasini; Dr. Rolando Díaz Loving; Mtra. Miriam Camacho Valladares y a la Dra. Mirna García Méndez, gracias por apoyarme en esta importante evolución de mi formación como psicóloga.

Para la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología también mi agradecimiento, y en especial a Juan Manuel Gálvez Noguez por su conducción y aportaciones a esta investigación.

Al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia quien me ha dado la oportunidad de mostrarme como profesionista.

A mis compañeros de trabajo, con quienes discutí información, a quienes me prestaron desinteresadamente documentos, a quienes me cedieron su tiempo de trabajo para dedicarme a éste, particularmente a la Lic. Gabriela Cruz por todo su apoyo.

DEDICATORIAS

A Celia y Sergio, mis padres, quienes día a día me enseñan que la vida se vive con fortaleza.

A Mario Alberto y Edgar, mis hijos, lo más importante de mi vida, mi luz y mi camino. Me prestaron su tiempo y su energía para que concluyera este trabajo, los amo.

A mi hermana Georgina, por atender lo que yo desatendía. A Sergio, Sandra, Teresa, Celia, y Mónica.

A mis fantasmas.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	11
EL HOMBRE Y LA DISCAPACIDAD	11
CAPÍTULO II	17
LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO	17
CAPITULO III	24
INTEGRACIÓN PROFESIONAL	24
CAPITULO IV	31
REHABILITACIÓN	31
REHABILITACIÓN PROFESIONAL	32
CAPITULO V	38
CONCEPTUACION DE LA DISCAPACIDAD	38
CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	43
TIPOS DE DISCAPACIDAD	51
CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD	69
EPIDEMIOLOGÍA	72
CAPITULO VI	77
METODOLOGIA DE LA EVALUACION	77
CAPITULO VII	88
SISTEMA DE EVALUACIÓN POR MUESTRAS DE TRABAJO VALPAR	88
CAPITULO VIII	107
SISTEMA DE EVALUACIÓN POR MUESTRAS DE TRABAJO VITAS	107
CAPITULO IX	110
SISTEMA COMPUTARIZADO APTICOM	110
CAPITULO X	114

SISTEMA COMPUTARIZADO VALPAR 2000	114
CAPITULO XI	124
MÉTODO.....	124
OBJETIVO GENERAL.....	124
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	124
PARTICIPANTES	124
CRITERIOS DE INGRESO AL ÁREA DE REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO	125
PROFESIONALES	130
ESCENARIO.....	132
MEDIDAS.....	134
PROCEDIMIENTO.....	134
CAPITULO XII.....	140
RESULTADOS.....	140
CAPITULO XIII	148
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	148
REFERENCIAS	155

RESUMEN

Este estudio reporta el análisis de 85 personas que fueron evaluadas durante el periodo de 2009 a 2010, confrontando el objetivo de evaluación contra el diagnóstico de evaluación. Los resultados muestran que esta confrontación es dispar en términos de la concordancia, no obstante la conclusión de la evaluación de aptitudes identifica y sugiere la importancia de integrar a la capacitación para el empleo previamente. Los hallazgos se discuten en términos de la importancia de la evaluación, de la decisión acerca del material usado (muestras de trabajo), así como de la preparación del psicólogo en esta área, y de la inserción del usuario al trabajo.

ABSTRACT

The present study gives the analysis of 85 participants during 2009 and 2010, comparing the objective versus the diagnosis of evaluation. The results obtained show that this comparison is unequal in terms of concordance, nevertheless when concluding; the evaluation of skills identifies and suggests the importance of integrating employment training previously. The findings are discussed in terms of the importance of evaluation, deciding on the materials that will be used, as well as the preparation of the psychologist in this area and the incorporation of the user to the job.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de empleo en personas con discapacidad resulta difícil. Las condiciones inherentes a la discapacidad es una limitación, la aceptación en la familia se agrega, las condiciones del país ofrece una de las más importantes limitaciones ya que se carece de empleo para cualquier persona y más aun para quien posee alguna diferencia evidente, la integración laboral representa entonces un reto.

El trato hacia las personas con discapacidad ha cambiado a lo largo de la historia así como los conceptos que se han empleado para denominarlos, aunque esto no garantiza un verdadero cambio de actitudes. La sociedad en general no está preparada para integrar a las personas que presentan alguna diferencia evidente.

El derecho a ser parte de la sociedad y de gozar lo que como individuo corresponde es de todos, sea cual sea su condición. Para garantizar estas condiciones han surgido organismos internacionales que rigen los métodos de la integración educativa, social y laboral. En este último caso a partir de la creación de la Organización Internacional del Trabajo se han estructurado leyes, normas y recomendaciones que dirigen puntualmente las acciones de los países miembros.

Como respuesta a estas normas cada país ha implementado sus propias acciones en beneficio de las personas con discapacidad y su integración laboral.

Desde 1986 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en respuesta a los lineamientos que la Organización Internacional del Trabajo a partir del convenio 159 y la recomendación 99 y 168 ha implementado acciones y procedimientos encaminados a la integración laboral de personas con discapacidad, entre estos procesos se destaca la evaluación de aptitudes, que

tiene como objetivo identificar las capacidades, habilidades e intereses de las personas en edad productiva y candidatas a la integración socio laboral.

La evaluación de aptitudes en un proceso metodológico que busca evitar o disminuir el fracaso o insatisfacción laboral de las apersonas con discapacidad que requieren de búsqueda de empleo con apoyo del equipo multidisciplinario. Una evaluación de aptitudes permite que la persona identifique sus capacidades a través de la retroalimentación directa e inmediata de su ejecución en situaciones similares a un ambiente real de trabajo.

Los sistemas por muestras de trabajo que el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral “Iztapalapa” ha empleado desde su apertura en el año de 1986 a la fecha han permitido la integración laboral con mayor eficacia. Así en el último año, se integraron a la capacitación y el empleo un promedio de 700 personas con discapacidad, en actividades que fueron sugeridas a partir del diagnóstico de evaluación de aptitudes.

Por lo anteriormente expuesto, este trabajo expone en sus diferentes capítulos la importancia y aplicación de la evaluación de aptitudes de las personas con discapacidad.

De esta forma, en el primer capítulo se hace una breve reseña histórica del trato que han recibido las personas con discapacidad en cada época y de cómo eran vistos en las distintas sociedades y los recursos empleados para su atención integral. Asimismo se detallan las acciones que se han realizado en México desde tiempos previos a la colonia.

En el capítulo de la integración laboral se define este término, el de rehabilitación y rehabilitación profesional en base a los lineamientos de la Organización Internacional del Trabajo, las acciones relacionadas a partir del surgimiento del convenio 159, la recomendación 99 y 168.

En el capítulo de la conceptualización de la discapacidad, se definen cada una de ellas de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, sus orígenes, causas y datos estadísticos relevantes en nuestro país, así como la evolución que estos han tenido a lo largo de la historia; modelos conceptuales y el ordenamiento en función de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

En el capítulo de la evaluación se hace una descripción de algunos instrumentos alternativos así como la explicación detallada de cada una de las muestras de trabajo, sistemas computarizados y la metodología que se emplea para la evaluación de aptitudes de personas con discapacidad en una dependencia de gobierno.

En el capítulo de metodología se describe el procedimiento de trabajo que se lleva a cabo en el Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación para la Rehabilitación en Integración Laboral, (CNMAICRIL Iztapalapa), la estructura del área de Rehabilitación para el Trabajo y el proceso de la evaluación de aptitudes con muestras de trabajo.

El capítulo de resultados presenta tablas descriptivas de los usuarios del servicio de evaluación de aptitudes durante el año 2010, en él se hace una comparación del objetivo contra el diagnóstico de evaluación y las conclusiones en función de los resultados de la evaluación de aptitudes por grupo de discapacidad, así como las alternativas que este método ofrece a personas sin discapacidad para identificar un proyecto de vida. Asimismo, se describe el área de trabajo en el que se lleva a cabo el proceso de la evaluación de aptitudes y de los sistemas de

evaluación que se encuentran en dicha área, la organización y recursos humanos que integran el departamento de Rehabilitación para el Trabajo del Sistema Nacional DIF.

Por ultimo en el capitulo de discusión y conclusiones se hace una explicación de las ventajas de la evaluación de aptitudes por muestras de trabajo sobre otros sistemas o pruebas psicológicas, las limitaciones que se encuentran y algunas propuestas de sistematización de evaluación y resultados.

CAPITULO I

EL HOMBRE Y LA DISCAPACIDAD

La discapacidad se origina con la existencia del hombre y su abordaje dependía del momento al que correspondía. Su intervención mereció aportaciones opuestas prevaleciendo la sobrevivencia del más apto, sin embargo desde la prehistoria se han encontrado elementos que indican que había preocupación por tratarla e incluir a las personas a su contexto social. Se han encontrado huesos que indican que había incipientes intervenciones quirúrgicas para minimizar o curar las alteraciones. Las vasijas de la era neolítica presentan grabados de personas con alguna limitación física lo que sugiere que eran merecedoras de atención e importancia para su grupo social. En las excavaciones egipcias se han encontrado bajorrelieves de personas con mutilaciones y aditamentos ortésicos para compensarlas, así también momias con aparatos para tratar sus limitaciones. Los hebreos marcaban diferencias entre las personas con alguna limitación, si bien no eran excluidas de su entorno religioso y participaban en decisiones de esta naturaleza no les era permitido participar del sacerdocio. El judaísmo con su filosofía humana promovió el deber de la atención de las personas con limitaciones (Acero, 1989).

En otras épocas las personas con discapacidad tenían pocas esperanzas de vida debido a las condiciones personales, sociales, económicas y políticas de cada momento. Se hace referencia del trato a los recién nacidos considerados “anormales” quienes eran eliminados, acto que era llevado a cabo por los ancianos de Esparta entre el siglo X- IX a de C., los abandonaban cerca de una cueva “Apoteta” si identificaban que fueran portadores de una malformación, enfermedad o debilidad. Actos similares se cometía con los sordomudos que eran arrojados al río Tíber o desde el monte Taigeto. En la India eran lanzados al Ganges, en tanto que en Asia o Egipto eran abandonados o condenados a vivir en

la selva o el desierto. Los que corrían peor suerte eran quienes su discapacidad era evidente la cual podía ser desde mínimas deformaciones dentarias hasta graves alteraciones físicas y mentales incluyendo las crisis epilépticas. El infanticidio no sólo era un acto dirigido a los niños con discapacidad, sino también a quienes nacían en situaciones particulares pero principalmente a las niñas. Los hijos ilegítimos corrían la misma suerte. La discapacidad era rechazada por no cumplir con el modelo de belleza para la época y porque se consideraba una debilidad y no eran personas aptas para la guerra. No obstante de estos métodos de discriminación, en Grecia se inició la atención médica a la población en general; Hipócrates se da a la tarea de señalar los síntomas como producto de una enfermedad y no por una situación mágica o supersticiosa (Acero, 1989).

La Iglesia por muchos siglos fue la encargada de brindar atención a los “minusválidos” y “desvalidos” a través de su doctrina de amor, igualdad y con la premisa de la inmortalidad del alma, con ella surgen las instituciones de beneficencia. En el periodo de Constantino I surgen los nosocomios que eran instituciones que brindaban albergue y comida a los desamparados y enfermos. A pesar del estancamiento científico, durante el imperio Bizantino proliferaron importantes instituciones asistenciales, aun cuando con el castigo de diversos delitos se llevaban a cabo métodos que dejaban mutilados a los que delinquían.

Se tiene referencia que en Constantinopla ya se fabricaban prótesis como piernas de madera, brazos de metal y orejas y narices artificiales. Los guerreros lesionados por las guerras recibían tratos preferenciales. Carlo Magno prestó especial atención a los ciegos y sancionaba duramente a quienes los maltrataban. Fue quien mandó construir el primer hospital en Tierra Santa.

Durante el siglo X se construyeron en Bagdad el segundo y tercer hospital del mundo Islámico, lugares donde se atendían a las personas con limitaciones y servían de formación a los médicos.

Durante la edad media la enfermedad y en particular las deformidades físicas y mentales eran consideradas como un castigo divino, eran severamente perseguidas y castigadas. Surgen instituciones aparentemente caritativas pero a la vez se fomenta el concepto de anormalidad y del defecto que originó el rechazo social y el temor.

Ya en el siglo XIV Europa Occidental tras la apertura de sus centros de estudio y universidades aprovecha los conocimientos de sus antecesores y comienzan importantes adelantos en la anatomía y la cirugía en beneficio de las personas con limitaciones físicas. Las actitudes hacia las personas con discapacidad comienzan a cambiar con la llegada del Renacimiento, se reconoce su derecho a pertenecer a la sociedad y la responsabilidad de esta para aceptarlos. Surge en Inglaterra *La Ley de pobres*.

En España Isabel la Católica creó el primer hospital y facilitó la creación de órtesis y prótesis para los soldados. Se crearon instituciones para atender a niños con limitaciones perceptuales e intelectuales. Durante el siglo XVII surgen técnicas que ayudan a perfeccionar las prótesis hasta entonces existentes y se dirigen a mayor número de personas. En Francia se decretó que cada ciudad debía construir su propio hospital y se inicia la especialización de la medicina. Se cree que la primera fue la ortopedia como necesidad de responder a la atención de los soldados que quedaban lesionados por las batallas. Tras la revolución industrial las personas con limitaciones son responsabilidad pública. Se crea en Inglaterra el hospital San Lucas para la atención de enfermos mentales. En Francia se presta atención a las personas con limitaciones visuales. Henry Mill inventó la primera máquina de realce para que los ciegos pudieran leer a través del tacto.

En America, por influencia de los colonizadores se presentaron iguales tendencias, aunque hay evidencias precolombinas de la existencia de hospitales entre los aztecas y los incas de México y Perú respectivamente. En 1524 las

comunidades religiosas de la conquista crearon el más antiguo hospital en México, el de Jesús de Nazaret.

En 1751 en Norteamérica se inauguró el hospital de Pensilvania en Filadelfia y a finales del siglo XVIII se inauguró el hospital de Nueva York, ambos orientados a la creación de especialidades médicas. En este periodo los hospitales europeos entran en decadencia por el maltrato y hacinamiento de las personas que en ellos albergaban, los enfermos mentales eran encerrados porque se les consideraba poseídos por el demonio. Philippe Pinel modifica este trato al practicar con ellos tratos más humanos y desde una perspectiva científica.

En el siglo XVIII el abate De l'Épée concibe la comunicación de los sordos "ordinarios" por medio del lenguaje de señas ya que no imaginaba la idea de que murieran inconfesos y lejos de las leyes de Dios, pues hasta entonces los únicos que podían acceder a una comunicación diferente eran los hijos de las familias nobles quienes con una intensa instrucción podían rudimentariamente comunicarse por medio de señas y gestos primitivos. Actualmente no se considera el lenguaje de señas como un lenguaje universal. La escuela de Charles-Michel De l'Épée se fundó en 1755 donde se formaron un número importante de profesores de sordos y posteriormente fundaron diversas escuelas en Francia y en el resto de Europa. En 1791 se fundó el Instituto Nacional de Sordos de París dirigido por Roch-Ambroise Sicard (Sacks, 2003).

Posteriormente, Napoleón (1769-1821) adquiere como responsabilidad del estado el trato de los soldados y les ofrece atención médica especializada para que retomaran su vida de manera normal después los daños adquiridos por las batallas, se considera como el inicio de la rehabilitación profesional. Bajo esta misma óptica se desempeñaron en la época Francia, Alemania e Inglaterra.

En el siglo XIX se inicia el estudio formal de las causas de las minusvalías aunque se seguía considerando a los niños con limitaciones como la representación de los pecados de los padres y seguían siendo excluidos y aislados de la sociedad. Esquirol define la discapacidad intelectual como un desarrollo defectuoso de las facultades intelectuales.

En 1822, en Munich, Alemania, se creó el Instituto Técnico Industrial para albergar a las personas con limitaciones, fue la primera institución que se ocupó de facilitar el desarrollo económico de sus usuarios, puso particular atención a la educación y a la reeducación.

En 1825, Luis Braille creó el sistema de lectura a través del tacto por medio de la asociación de puntos para formar palabras y números, sistema que hasta hoy lleva su nombre. En este periodo el pensamiento humano dio importantes cambios dirigidos a ver a las personas con discapacidad como necesitadas de un apoyo racional fuera de instituciones de caridad, empezó a verse como una persona con sentimientos capaz de llevar una vida dentro de la sociedad.

En 1884, Bismarck, canciller del imperio Alemán aprobó la primera ley de atención a los accidentes ocurridos en la industria.

Durante este siglo se crearon escuelas para ciegos: tres en Estados Unidos, una en Portugal, una en México, dos en Japón (Kioto y Tokio); en tanto que en Londres se creó la asociación de prevención de la ceguera, en Argentina la escuela de sordos y ciegos y en Chile la de ciegos.

Los países nórdicos dirigieron su preocupación a desarrollar el potencial de las personas con limitaciones de tal suerte que pudiesen crear bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades inmediatas. Entre 1872 y 1885 tanto Suecia como Dinamarca y Alemania crearon programas para la atención social y

profesional de las personas con discapacidad. También se crearon escuelas para la atención de sordos en Estados Unidos, Inglaterra y Alemania.

El siglo XX trajo consigo condiciones particulares que hasta la fecha han transformado positivamente la situación personal y social de las personas con discapacidad. Lo que hoy se entiende como Rehabilitación Profesional surgió con gran fuerza en el mundo occidental entre 1914 y 1918 cuando los países europeos y Estados Unidos debieron integrar a numerosos jóvenes con lesiones físicas y mentales tras la primera guerra mundial.

En 1919 se firmó el tratado de Paz de Versalles y se creó la Organización Internacional del Trabajo, institución que ha tenido un papel importante en la promulgación de leyes y normas gubernamentales que buscan proteger los derechos de las personas con discapacidad y en la promoción y el desarrollo de programas de rehabilitación profesional en el mundo.

La OIT, en todos sus documentos internacionales ha promulgado desde su creación disposiciones relacionadas a la atención de personas con discapacidad. En 1955 en la Conferencia Internacional del Trabajo se dio oportunidad para la recomendación No. 99 sobre la rehabilitación y empleo de “inválidos”.

CAPÍTULO II

LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

Se tiene poca información histórica de la rehabilitación de personas con discapacidad en nuestro país. Los datos encontrados ubican como el primer antecedente al “Hospital” llamado así por su fundador Vasco de Quiroga en 1532. Inició como casa de cuna para atender a los indios pobres y miserables, pupilos y huérfanos. A iniciativa del Virrey de Mendoza se fundó el asilo- escuela “Nuestra Señora de la Caridad” para dar atención a las “niñas perdidas”. En esta época se fundó también el Colegio de San Juan de Letrán para educar en religión y oficios varios a los niños con “pocas disposiciones”. En 1566 se fundó el Hospital de San Hipólito, por orden de Fray Bernardino Álvarez monje de la orden del mismo nombre, siendo este el primer hospital psiquiátrico en América Latina. En 1572, se fundó el Hospital de San Lázaro, por iniciativa del Doctor Pedro López, para dar atención a personas amputadas a consecuencia del mal de Hanzen (lepra lepromotosa). Ambos hospitales mantuvieron sus puertas abiertas hasta principios del siglo pasado (Programa Nacional para el desarrollo de las personas con discapacidad, 2009-2012).

En el siglo XVIII, se fundaron instituciones para atender a la población de huérfanos, expósitos e inválidos ya que representaban un problema social. Surgió el Hospicio de pobres en 1773 por iniciativa de Fernando Ortiz Cortes. Tras una donación de Francisco Zúñiga se amplía el hospicio y toma el nombre de Escuela Patriótica, en ella se daba educación cívica y cristiana a niños y adultos.

Durante el periodo presidencial de José Joaquín Herrera, se fundó en 1850 un asilo destinado a niños y jóvenes delincuentes, llamado inicialmente Tecpan de Santiago y más tarde Colegio Correccional de San Antonio. En 1897 la nombran

Escuela Correccional de Artes y Oficios, esta dio origen a la escuela correccional llamada “Mamelucos”.

En el periodo del presidente Benito Juárez surge el interés de la educación de los niños minusválidos. En 1846 se fundó la Sociedad de Beneficencia para la Educación y Amparo de la niñez desvalida. En 1861 el presidente Juárez nacionalizó todos los centros de beneficencia que hasta entonces habían sido administrados por la iglesia.

En 1866 se fundó la Escuela Nacional de Sordomudos, en 1868 la Escuela Normal para Maestros Especializados y en 1870 la Escuela Nacional de Ciegos, en un pequeño local del Antiguo Colegio de San Gregorio, con la intervención del alcalde de la ciudad Ignacio de Trigueros. La escuela Nacional de Sordomudos adoptó en un principio el método dactilológico creado por Charles-Michel De l’Epée; en 1882 el profesor José María Márquez introdujo el método oral o articulado. La escuela nacional de ciegos empleó el método de lectura a través del tacto de Luis Braille. Por esta misma época se creó una sección especial para niños con deficiencia mental dentro del hospital del Divino Salvador.

En 1867 tras la promulgación de la Ley Orgánica de Instrucción Pública se establece que la educación básica debe ser obligatoria y gratuita.

Durante el Porfiriato se crearon diversas instituciones educativas con miras a una reforma pedagógica en las que se toman como modelos a seguir los de Enrique Rébsamen y Johann Heinrich Pestalozzi. En este periodo se establecieron mejoras en diferentes instituciones de beneficencia como la Casa de Cuna, el Hospicio de niños y se amplían las correccionales para varones y mujeres.

En el periodo de la Revolución Mexicana surgen corrientes pedagógicas llamadas “Escuela Nueva”, que señala que la importancia del proceso de aprendizaje radica en el niño mismo y sólo es guiado por el maestro y en la psicología se conocen los

avances de la medición hecha por Wilhelm Wundt en el laboratorio de Leipzig y por Alfred Binet en París. Desde 1918 se inició con el estudio de la escala de inteligencia para niños de Binet-Simon.

Se inaugura el 1º de septiembre de 1910 el Manicomio Central “La Castañeda”, el cual constituye el principal centro de asistencia psiquiátrica, bajo la dirección del Doctor José Mesa Gutiérrez. Se creó en el año 1922 la Sociedad de Psiquiatría y Neurología por iniciativa del Doctor Nicolás Martínez, desintegrada más tarde. En 1930 se anexó al manicomio el Pabellón Infantil.

Entre 1910 y 1920 la concepción de la rehabilitación adquiere un matiz particular, inicialmente visto desde la óptica de la educación especial, el importante número de inválidos afectados del aparato locomotor que dejó la Revolución Mexicana propició que esta afección fuera vista ya desde el punto de vista del campo de la salud y su atención en ambientes hospitalarios.

En 1914 se creó en la ciudad de León Guanajuato una escuela para débiles mentales por influencia de José de Jesús González quien entonces pone énfasis en las adaptaciones curriculares para los niños con “débiles armas”.

De 1917 a 1921 el profesor Salvador M. Lima director de la escuela Nacional de Guadalajara implantó por primera vez la cátedra de educación de niños anormales y funda en esta misma ciudad la escuela para débiles mentales.

En 1925 bajo la responsabilidad del Doctor Roberto Solís Quiroga se fundó la Dirección General de Establecimientos Penales y Correccionales, donde formó grupos de niños anormales y dio a conocer que un porcentaje importante de menores infractores eran anormales mentales superficiales o profundos, a partir de esto propone la creación del Tribunal para menores en 1926 donde colaboró como director y juez hasta 1947. Los estudios realizados en el tribunal señalaron que de cada 100 jóvenes que ingresaban al tribunal, 67% eran “oligofrénicos”.

Se constituye en 1929, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, a partir del programa Gota de Leche quien recibía apoyo de la Lotería Nacional para la Beneficencia Pública con el objeto de prestar asistencia social y proporcionar protección y amparo a los niños de escasos recursos, siendo su función principal la distribución de desayunos como complemento de la dieta de los niños mal alimentados.

En materia de educación especial y atención psiquiátrica, se caracterizó el sexenio del presidente Gral. Lázaro Cárdenas. En este periodo se creó el Instituto Médico Pedagógico para niños anormales, que dio origen posteriormente a la Escuela Anexa de la Normal de Maestros. En 1937 se fundó la clínica de la Conducta y Ortolalia, posteriormente se anexó al Instituto Nacional de Pedagogía que se fundó en el año 1936.

En 1942 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social y en 1943 el Hospital Infantil de México, dentro del cual se crea el Departamento de Medicina Física para atender a los niños inválidos físicos. Como consecuencia y debido a las necesidades de personal especializado se creó en el año 1951 el adiestramiento en terapia física dentro de este mismo hospital.

En 1943 se creó la Escuela Normal de Especialización. Inicialmente se impartían las carreras para maestros en educación especial y menores infractores. En 1945 se agregaron las especialidades de ciegos y sordomudos, y en 1955, a partir de la creación de la Dirección General de Rehabilitación en 1954, la especialidad en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor y secuelas de parálisis cerebral.

La primera institución privada que siguiendo los programas del Hospital Infantil de México, es el Hospital Inglés quien en 1945 comienza a formar terapistas físicos y ocupacionales.

En 1946, se organizó la Clínica de Higiene Mental adscrita al Centro Materno Infantil “General Maximino Ávila Camacho”. Posteriormente en 1947 se organizó la primera clínica de higiene mental como proyecto cooperativo dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el D.F. Desde este año el Doctor Santiago Ramírez trabajó en el Hospital Infantil de México como consultor de Psiquiatría Infantil, más tarde el Doctor Ramón de la Fuente se queda al cargo del departamento de psiquiatría de este hospital.

En la década de los 50, tras la epidemia de poliomielitis se creó el Centro Francisco P. Miranda, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para atender a las personas afectadas de esta enfermedad. Posteriormente se convirtió en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para niños y ancianos Teodoro Gildred y que dio origen en 1976 al Instituto Nacional de Ortopedia.

En 1959 se inicia el primer curso de terapeutas de lenguaje bajo los auspicios de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A., por iniciativa del Doctor Bustamante Gurría quien manifiesta que la atención de los problemas de la comunicación humana también atañe al campo médico y no sólo al educativo. Por falta de presupuesto más tarde pasa a formar parte de la Escuela Normal de Especialización. En éste año también se creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas.

El Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje, (IMAL) como institución privada, desarrolla en el año 1960 su primer curso de terapeutas de lenguaje como complemento de la atención a niños con deficiencias en esta área.

El 31 de enero de 1961, tomando como fundamento los desayunos escolares, se crea por Decreto Presidencial, el organismo descentralizado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) que generó una actitud social de gran simpatía y apoyo hacia la niñez.

En el año 1962 en la ciudad de Córdoba, Veracruz se inauguró la escuela para niños con problemas de aprendizaje.

Al separar el pabellón infantil de la Castañeda en 1966, se inauguró el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” como primer paso de la descentralización del manicomio.

El presidente en ese tiempo, Lic. Gustavo Díaz Ordaz por decreto, el 15 de julio de 1968 creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), con personalidad jurídica y patrimonio propios. Se orientaba a la atención de niñas y niños huérfanos, abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades. Con este surge una casa cuna, una casa hogar para niñas abandonadas y el Hospital General para Niños. Esta institución, paralela al INPI, amplió sus acciones para la solución de los problemas relacionados con la niñez.

Con el sexenio del Lic. Luis Echeverría Álvarez el IMAN cambia de nombre a Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (IMPI).

El 20 de enero de 1976, por iniciativa del presidente Luis Echeverría Álvarez se publicó el Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos publicado en el Diario Oficial de la Federación, en él se lee: “Se entiende por rehabilitación el conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y ocupacionales, que tienen por objetivo que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a su familia y a la sociedad” (Borges et al., 2004).

En enero de 1977, por decreto del Presidente José López Portillo, se fusionan el INPI y el IMAN, creándose así el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), que en 1982 se convierte en órgano descentralizado del Sector Salud, responsabilizándose de la realización de los programas de asistencia social del Gobierno de la República tras adecuar sus objetivos y organización. La

Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, aportaba los recursos que hasta entonces venía destinando a servicios de asistencia social y de rehabilitación de carácter no hospitalario. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social. El SNDIF tiene su primer antecedente en el Programa Gota de Leche.

En materia de educación especial, los esfuerzos se ven recompensados hasta 1970, tras el decreto presidencial del 18 de diciembre de ese año, se ordena la creación de la Dirección de Educación Especial creada por la Secretaria de Educación Pública.

CAPITULO III

INTEGRACIÓN PROFESIONAL

Los datos de la Organización Internacional del Trabajo (en Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012) revelan que en la actualidad existen en el mundo 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, es decir un 60% del total de las personas con discapacidad, se estima que del total de este grupo el 80% o más esta desempleado

La integración laboral de personas con discapacidad enfrenta diversas dificultades que van desde la falta de estructuras legales y políticas gubernamentales, falta de planeación y presupuesto para acciones continuas y permanentes en la atención médica, educativa y social, así como los estigmas y prejuicios de los que han sido objeto estas personas a lo largo de la historia, aun cuando las políticas de atención a éste grupo existen desde principios del siglo XX.

Tras la firma del tratado de Versalles en 1919 se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Conferencia Internacional del Trabajo, 1983) quien comienza a preocuparse por la situación laboral de las personas con discapacidad.

En 1920 en Estados Unidos por una Ley del Congreso se establecieron los servicios de rehabilitación y desde entonces ha sido el objetivo la rehabilitación laboral, se le definió como “la prestación necesaria para preparar a una persona discapacitada para que desempeñe una ocupación remunerada”. El argumento era que la rehabilitación ahorra más de lo que cuesta si la persona con discapacidad genera impuestos en lugar de consumirlos (Athelstan, 1993).

Los primeros intentos de la integración laboral de las personas con discapacidad datan de 1921 donde la OIT hace un informe que motivara el empleo obligatorio de las personas con discapacidad como consecuencia de la guerra. En 1923 se genera una reunión para discutir los métodos en la búsqueda de empleo (rehabilitación profesional de los inválidos). En 1925 se reconoce por primera vez a las personas con discapacidad producto de un accidente de trabajo, la reeducación profesional y la indemnización correspondiente y no únicamente a los lesionados de guerra. La década de los 30 permaneció más o menos estable debido a la crisis económica, pero con la llegada de la segunda guerra mundial se incrementaron las personas con discapacidad tanto de lado de los militares como de los civiles que en esas condiciones fueron integrados a ambientes de trabajo en la industria y el comercio mostrando que no era ningún impedimento para desempeñar las tareas inherentes.

Para 1944 tras la experiencia de la guerra la OIT establece como principio general que las personas con discapacidad, sea cual sea el origen de esta deberán contar con los servicios de orientación profesional e integración a un empleo digno, remunerado y permanente. En esta fecha la Conferencia Internacional del Trabajo reunida en Filadelfia, queda impresionada por el papel que las personas con discapacidad desempeñaron durante la guerra y establece que se les den las facilidades necesarias para la integración a un empleo útil y remunerado a través de acciones como la orientación profesional, formación y reeducación profesional. Este documento fue la base de la legislación en rehabilitación en diferentes países europeos en el periodo de la postguerra (OIT, 1981). En años posteriores, la OIT, la OMS y la ONU han continuado con acciones globales encaminadas a establecer normas y leyes permanentes en beneficio de las personas con discapacidad, su integración al empleo, a la educación obligatoria, gratuita, especializada, derecho a un trato justo y sin discriminación y la obligación de los gobiernos a eliminar las barreras arquitectónicas.

El 22 de junio de 1955 toman importancia los medios y acciones necesarios para la integración de personas con discapacidad y adopta por unanimidad la recomendación 99 sobre la adaptación y readaptación profesionales de los “inválidos” que constituyó el instrumento internacional de referencia de toda legislación o práctica relacionada a la orientación profesional, la formación profesional y colocación laboral. Esta constituyó el instrumento internacional de referencia de toda legislación o práctica nacional relativa a la orientación profesional hasta que se adoptaron el convenio 159 y la recomendación número 168. Esta recomendación está integrada por las normas a las que se pueden remitir cualquiera de las organizaciones no gubernamentales para encontrar los elementos reconocidos internacionalmente sobre la readaptación profesional y las líneas de acción (Organización Internacional del Trabajo, 1998).

La recomendación 99 sigue siendo hasta la fecha el instrumento relevante en la metodología de la rehabilitación profesional (OIT, 1981). Algunas de las partes de esta recomendación 99 ponen énfasis en el aumento de oportunidades de empleo para los “inválidos” y en estrecha relación con grupos de empleadores y trabajadores para facilitar el acceso laboral de los primeros. Enfatiza la necesidad de destacar las habilidades y aptitudes más que en sus deficiencias.

En 1961 en Estados Unidos se conforman los centros de investigación y entrenamiento en rehabilitación a cargo del Departamento de Rehabilitación Ocupacional. En esta década el objetivo era incluir al “minusválido” lo más pronto posible a un ambiente social y laboral.

El 16 de diciembre de 1966 a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales elaborado en asociación con la OIT y adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas obliga a los Estados a reconocer el derecho de las personas a ganarse la vida a través de un empleo libremente escogido, consolidando las estrategias necesarias para garantizarlo por medio de políticas, formación de profesionales y técnicas apropiadas con igualdad de

condiciones para los hombres y las mujeres en trato, salud, seguridad en el trabajo y salario (O.I.T., 1998).

La Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971 adoptó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y, el 9 de diciembre de 1975 la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en las que se reconoce a los “retrasados mentales” o “discapacitados” los mismos derechos civiles y políticos de que gozan todas las demás personas, incluyendo el derecho a la atención médica, psicológica, funcional, readaptación social, educación, capacitación, rehabilitación profesional, y demás servicios que les permita desarrollar al máximo sus capacidades, desempeñar alguna actividad útil y remunerada considerando sus necesidades particulares y adaptaciones al empleo.

En la 60ª reunión en 1975 la Conferencia Internacional del Trabajo introduce el concepto de rehabilitación profesional de la OIT, que debe dirigirse a la reintegración social y readaptación profesional de los “incapacitados” (OIT, 1981). Manifiesta que el elevado número de personas impedidas o inválidas representan una pérdida económica y rezagos en el desarrollo de un país y en el bienestar de su población a menos que se tomen medidas necesarias para revertirlos. Exhorta a los países a promover el empleo de las personas con discapacidad.

En 1979 la 65ª reunión tiene como objetivo garantizar que la OIT cumpla con los objetivos planteados en el Año Internacional de los Impedidos. La Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó al periodo de 1983 a 1992 como el “Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos” (OIT, 1998).

A partir de la recomendación núm. 99 la OIT dio mayor relevancia a las acciones de rehabilitación profesional con la cooperación técnica existente en cada país, las cuales son definidas de la siguiente manera:

- Responsabilidad del país para la elección del programa:

Que cada país decida cuáles son las necesidades más apremiantes y qué forma debe revestir su programa inicial de rehabilitación profesional.

- Estudio de la situación como requisito previo:

Qué la decisión de cada país a éste respecto se base en el estudio del número y de las estadísticas disponibles en materia de discapacidad y en tipos y características de los servicios con que se cuenta.

- Alcance de la rehabilitación profesional:

Qué, aun cuando el programa inicial se limite únicamente a ciertas personas con discapacidad, su propósito ulterior sea el de proveer servicios para todas las personas con discapacidad, cualquiera que sea el origen y naturaleza de la misma e independientemente de su edad, a condición de que puedan ser preparados para un empleo que les convenga, teniendo perspectivas razonables de obtenerlo y conservarlo.

- Que los principales objetivos de todo programa de rehabilitación profesional sean:

- a. demostrar y mejorar las cualidades profesionales de las personas con discapacidad;
- b. poner de relieve sus aptitudes y habilidades para el trabajo, y no sus incapacidades;
- c. fomentar oportunidades de trabajo para ellos;
- d. vencer toda discriminación adversa a ellos en materia de empleo, y que estos factores se tomen en consideración desde la iniciación de cualquier programa.

- Colocación satisfactoria:

Que, cualquiera que sea el alcance del programa, se preste siempre la mayor atención e interés a la necesidad final, que es la colocación satisfactoria en un empleo, o sea, la reinstalación.

- Proceso integrado y continuo:

Que se considere a la rehabilitación profesional como un proceso integrado y continuo en el que la persona con discapacidad obtenga un beneficio a partir de que se identifica como tal y hasta el momento en que se integra satisfactoriamente a un empleo.

- Principales elementos de un programa de rehabilitación profesional:

Que todos los programas de rehabilitación profesional provean servicios de evaluación, orientación y formación profesional y colocación selectiva en el empleo, ya sea ordinario o protegido.

- Otorgamiento dentro de los servicios existentes:

Que en la medida de lo posible estos servicios especiales para las personas con discapacidad se suministren dentro del marco y como parte integrante de los servicios existentes de orientación profesional, formación profesional y colocación.

La recomendación número 99 fue un instrumento autónomo hasta que se adoptó el Convenio número 159 (*debe destacarse que el Convenio número 159 entró en vigor el 20 de junio de 1985, y fue ratificado por nuestro país el 5 de abril del 2001*) y la Recomendación número 168 e implica que para el Estado parte el compromiso, en función de las necesidades y posibilidades de formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas con discapacidad. El Convenio 159 promueve que los gobiernos celebren consultas con empleadores y trabajadores, así como con organizaciones representadas por y para personas con discapacidad para promover su integración laboral.

La búsqueda de la plena participación social de las personas con discapacidad dio lugar al Programa de Acción Mundial para los Impedidos, coordinado y evaluado por el Centro de las Naciones Unidas de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, con sede en Viena, cuyo objetivo es el logro de una sociedad para

todos hacia el año 2010, por medio de acciones necesarias para dar a conocer los avances en materia de discapacidad y alentar a este grupo de personas a manifestarse por medio de agrupaciones u organizaciones independientes. Este programa se basa también en la prevención, readaptación y obtención de igualdad de oportunidades que favorezcan la eliminación paulatina de las situaciones que originan deficiencias y enfrentar las consecuencias que se presentan en el individuo (OIT., 1998).

Las Instituciones encargadas por la Organización de las Naciones Unidas para promover la readaptación y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad son la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Se han dictado normas que los gobiernos deben observar para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se han establecido en el Programa de Acción Mundial y cuyas normas entre otras es la aplicación del principio universal de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

CAPITULO IV

REHABILITACIÓN

Actualmente el concepto de rehabilitación se refiere a las acciones y procedimientos dirigidos a compensar las limitaciones que las personas con discapacidad enfrentan sin referirse a los cambios que en la sociedad debiera ocurrir. Deben considerarse acciones de cambio para permitir la igualdad de circunstancias en las personas con discapacidad dentro de la sociedad a la que pertenecen. La sociedad debe tener cambios y desarrollar acciones de integración de las personas con discapacidad.

Seyfried, (1996) refiere que el concepto de rehabilitación tiene su origen en el antiguo derecho romano la cual se dirige a reparar del honor de quien de manera voluntaria o involuntaria hubiese cometido un acto en contra de las normas socialmente aceptadas. Para este autor, este hecho tiene una connotación moral por la interrelación entre la sociedad y el individuo, por lo que la reparación del daño debe estar en función de ambos, la sociedad debe dar las condiciones cambiando actitudes que permitan que la persona rehabilitada se integre a la sociedad.

Por tanto la rehabilitación es un proceso en el que se permite el crecimiento, independencia y autonomía a través del desarrollo de las habilidades de una persona con discapacidad. Debe incluirse en este proceso la integración escolar y la formación profesional, además de considerar la capacidad de la sociedad para cambiar actitudes y permitir la integración de las personas con discapacidad con igualdad de derechos y oportunidades. La rehabilitación es integrante y esta tiene éxito a partir de la actitud social y del entendimiento de que la persona con discapacidad debe tener oportunidades iguales y no ser excluida ni segregada.

La rehabilitación se define como un proceso de duración limitada y con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con “deficiencia” alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. (INEGI 2004; Acero, 1989).

Rehabilitación Profesional

Fue definida por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1955, a través de la recomendación 99 y modificada por la misma conferencia en 1983, en la recomendación 168, como: “Aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación, que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva; para permitir que la persona ‘invalida’ obtenga y conserve un empleo adecuado y regrese en el mismo, y que promueva así la integración o reintegración de la persona a la sociedad” (Acero, 1992, p. 7).

Se entiende la rehabilitación profesional como un proceso continuo, dinámico que una vez empezado no tenga interrupciones y con interrelación entre todo el equipo de profesionales que lo conforman, con la finalidad de integrar a las personas con discapacidad a la sociedad y lograr de esta manera que ejerzan el derecho al trabajo y a la satisfacción de sus necesidades internas y externas.

Los procesos básicos de la rehabilitación profesional están encaminados a conocer a la persona con discapacidad y el medio laboral, propiciar el desarrollo integral de la persona a través de la formación y preparación para el desempeño de una actividad productiva que facilite su vinculación al mundo laboral lo más pronto posible, su permanencia en un empleo y como fin último su integración social.

La rehabilitación profesional se dirige a las personas que por su condición de discapacidad están en desventaja en la búsqueda, obtención y conservación de un empleo. Hace necesario entonces la adaptación y readaptación de estas personas para que desarrollen al máximo sus capacidades mentales o físicas que les permitan funcionar social, profesional o laboral acorde a su discapacidad.

El proceso de rehabilitación profesional señala que no necesariamente las personas con discapacidad tienen dificultad en obtener, conservar o promoverse en un empleo en forma simultánea, por lo que es importante identificar en que proceso se presenta la dificultad y diseñar las acciones pertinentes dentro del plan de rehabilitación profesional.

La definición de trabajo según el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP) es aquella actividad específica socialmente reconocida como productiva (Acero, 1992). El concepto de productividad se le asigna a la tarea que en si misma se convierte en un medio a través de la cual se logra el desarrollo económico y social de una comunidad y no a la cual se realiza para ocupar un tiempo libre. Empleo se define a la realización de una tarea en forma estable y que posibilite la satisfacción de las necesidades y expectativas de una persona.

El empleo adecuado para una persona con discapacidad es el que le permita vivir de acuerdo a su nivel de vida, ser útil, importante y trascendente. Cuando no es posible satisfacer las necesidades superiores a través del trabajo, es necesario brindar la oportunidad de satisfacción mediante el ejercicio de actividades recreativas o culturales, de lo contrario, se presentan problemas adaptativos en el trabajador (Vergara, 1988 como se citó en Acero 1992).

Los procesos de rehabilitación profesional se llevan a partir de tres pasos; orientación profesional; formación profesional y la colocación selectiva. Dentro de ellos se destaca la evaluación, la cual se emplea para determinar con exactitud las capacidades y habilidades físicas, mentales y sociales.

El proceso de asesoramiento en el que se trabaja en forma conjunta con la persona con discapacidad para identificar los factores propios y externos que permitan su integración social son:

Búsqueda de alternativas de capacitación o formación profesional que le permitan integrarse laboralmente con mejores herramientas.

Búsqueda del empleo acorde a sus capacidades remanentes, habilidades, destrezas e intereses dentro de ambientes externos y competitivos o según el caso en empleo protegido. Seguimiento hasta confirmar la reintegración y permanencia en el empleo.

La orientación profesional se define como el proceso por el cual se ayuda a un individuo a resolver problemas de elección de ocupación, habida cuenta de sus características y de la forma en que corresponde a las oportunidades de empleo (OIT, 1974 como se citó en Acero, 1992). Es un proceso en el cual se ayuda a que la persona conozca sus condiciones y capacidades y conjuntarlas con las demandas del mundo laboral.

El principio fundamental de la orientación profesional es que la persona está en libertad de elegir a través de la ayuda que le pueda brindar el profesional en orientación profesional dentro del proceso de la rehabilitación laboral, esto con la finalidad de que conozca a profundidad sus capacidades físicas, psíquicas e intelectuales y de sus intereses.

La evaluación ocupacional es un proceso estrechamente ligado a la orientación profesional, es un *cómo* de la orientación. Se define como “la estimación y medición de las potencialidades totales de la persona para desempeñar una actividad productiva de acuerdo con los estándares establecidos para ella, lo cual exige que no sólo sea de su formación profesional y de sus aptitudes potenciales para emplearse, sino también de los factores asociados, tales como: médicos,

sociales, psicológicos y escolares que influyen en su capacidad y en sus posibilidades de trabajo” (OIT, 1973, como se citó en Acero, 1992, p. 42).

La evaluación genera un diagnóstico y un pronóstico ocupacional, en la que se destacan las limitaciones temporales o permanentes y plantea las acciones a seguir para remediarlas, es decir que debe dar a conocer los factores limitantes o facilitadores inherentes de la persona y del contexto en el cual se pretende integrar del campo laboral y social. Es deseable que la persona responsable en evaluación en el campo de la rehabilitación profesional sea experta en atención a las personas con discapacidad y que posea un vasto conocimiento acerca del mundo del trabajo y en análisis de puestos, ya que se dirige a identificar las características de la persona en relación al mundo del trabajo y con el trabajo mismo.

El análisis ocupacional o análisis de puestos se define como “el proceso de recolección, ordenamiento y valoración de la información relativa a las ocupaciones, tanto en lo que se refiere a las características del trabajo realizado como a los requerimientos que éstas plantean al trabajador para un desempeño satisfactorio” (Duque de Manzur & López, 1998, p. 24).

En el campo de la rehabilitación integral la evaluación permite la obtención de información, jerarquización, estimación cuantitativa y cualitativa de las capacidades de las personas y del mundo del trabajo. La información que se recaba en la evaluación permite asesorar y apoyar en la toma de decisiones sobre su integración social al identificar sus capacidades y oportunidades a través de procesos de retroalimentación en la que la persona con discapacidad reciba información de su desempeño en la evaluación ocupacional, favorecer la concientización de sus capacidades y limitaciones personales y las oportunidades externas o del mundo del trabajo.

La finalidad es tener información necesaria para ampliar las oportunidades de elección e integración laboral y que de respuesta a las personas con discapacidad que no ha tenido oportunidad de integrarse a un empleo; que ya ha sido integrado pero que requiere apoyo para permanecer en el mismo; que buscan apoyo en integración porque no coinciden sus expectativas y sus capacidades o que por alguna situación de discapacidad adquirida requieren de orientación para reintegrarse al ambiente laboral al que ya estaban integrados.

La metodología de la evaluación es la aplicación de diversas técnicas y procedimientos confiables y válidos para obtener la información lo más fiel posible de las características de la persona y su relación con el trabajo (Acero, 1992).

La evaluación se presenta en diferentes momentos de la rehabilitación integral y debe dar información para decidir si la persona es candidata o no a la integración laboral, posteriormente se realiza una evaluación formal donde se investiga: nivel educativo, antecedentes escolares e historia laboral; también se obtiene información acerca de las capacidades físico-funcionales de cada apersona (agudeza visual y auditiva, sistema músculo-esquelético, movilidad corporal, etc.); sigue la evaluación de las capacidades y destrezas (comprensión verbal, memoria, razonamiento, orientación espacial, capacidad de aprendizaje, aptitud numérica, etc.), la evaluación de los intereses y motivaciones; valoración de su entorno familiar, económico, social y cultural.

Para tal efecto se emplean diversas técnicas como la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas, evaluación médica, evaluación de aptitudes, etc. Es deseable que la evaluación se desarrolle en situaciones lo más parecidas a un ambiente real de trabajo y conforme se avance en ella se establezcan con la persona con discapacidad sesiones de retroalimentación que den paso a las sesiones de orientación. La evaluación debe permitir la obtención de un perfil del evaluado para ser comparado con el perfil ocupacional o perfil del puesto.

El ordenamiento y calificación de resultados debe permitir un diagnóstico y un pronóstico laboral de la persona, el cual debe contener la información obtenida por las diferentes profesionales que se interrelacionan para la rehabilitación social, es decir que debe estar incluida la información médica, psicológica, social, familiar y laboral, la integración y conclusión de estos datos debe derivar en un pronóstico de integración y permanencia laboral (Acero, 1992).

CAPITULO V

CONCEPTUACION DE LA DISCAPACIDAD

La concepción de la discapacidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo lo que ha permitido que no sólo el concepto cambie sino también la manera de comprenderlo y también de abordarlo, se ha dejado en desuso el modelo médico y se ha introducido la concepción de que la discapacidad tienen factores externos que juegan una interrelación directa con los factores internos o inherentes a las personas con discapacidad y las limitaciones que el medio impone son más evidentes en tanto que no procura la integración a la vida social en igualdad de condiciones. Las diferencias son evidentes en las personas con discapacidad sin embargo este concepto de capacidades diferentes también ha dejado de usarse ya que todas las personas tienen necesidades especiales no necesariamente relacionadas a la discapacidad.

A lo largo de los años, para hacer referencia a la población con discapacidad se han empleado diversos términos como: “impedidos”, “inválidos”, “minusválidos”, “discapacitados”, “personas con capacidades diferentes”, “retrasado mental”, “tonto”, “retardado”, “loco”, “enfermo mental”, etcétera, vocablos que suelen reflejar actitudes sociales y culturales. Estas expresiones no son las adecuadas para referirse a las personas con discapacidad, son calificativos que, aunque en algunos casos pudieran parecer neutrales, presentan por lo menos tres sesgos: contienen un significado negativo, que no corresponde a las facultades y capacidades subsistentes en la persona con discapacidad; denotan perpetuidad sin permitir espacio a la rehabilitación, además de ser identificables que sustituyen a la persona por su circunstancia (Casado, 2004 & Gamio, 2008).

Lo anterior ha dado lugar a buscar denominaciones menos peyorativas y estigmatizadoras que contribuyan al desarrollo conceptual a partir de nuevas

perspectivas y formas de abordar el tema. El término de discapacidad se caracteriza por diversas definiciones asignadas tanto a las personas como al proceso de atención de las mismas (Rolander, Montes & Culebro, 2008).

La definición reconocida en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2006 en su artículo 1 párrafo 2, señala: “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y afectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. En esta convención se menciona que se debe anteponer la condición de persona y después la de circunstancia de discapacidad quedando el término correcto de “persona con discapacidad”.

Persona con discapacidad es aquella con alguna discapacidad física o mental permanente o por más de seis meses que le impide desarrollar sus actividades dentro del margen que se considera normal para un ser humano (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012).

Persona con discapacidad es el concepto que se emplea para definir a la(s) persona (s) incapaz de garantizar por sí misma, completamente o en parte, las necesidades de un individuo normal y/o su vida social, como resultado de una deficiencia, sea congénita o no, en sus capacidades físicas o mentales. (Declaración de Derechos de Personas Discapacitadas de las Naciones Unidas de 1975; Seyfried, 1996).

Para el término de discapacidad existen diversas definiciones ya que cada ámbito profesional que se ocupa de la discapacidad (salud, educación, servicios socio comunitarios, etc.) ha generado concepciones propias, lenguajes y terminologías; generando con esto dificultades de entendimiento (Ibáñez, 2002; Rolander, Montes & Culebro, 2008).

Algunas de las definiciones proporcionadas por organizaciones internacionales y nacionales son las siguientes:

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se basa en la integración de los modelos médico y social, pero también visualiza a la discapacidad como un fenómeno universal, en el que toda la población está en riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento de la vida, bajo este enfoque, la discapacidad deja de ser una condición que sólo afecta a un grupo minoritario y es resultado de la interacción entre la condición de salud de la persona y sus factores personales, así como de las características físicas, sociales y actitudinales de su entorno (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la concibe a partir de las notorias y severas limitaciones en la salud, funciones y estructuras corporales, actividades y la participación social. Estas limitaciones y sus mejoras se ven fuertemente afectadas por factores contextuales que implican a la persona y su entorno (Mora, Córdoba, Bedoya, & Verdugo, 2007). Define a la discapacidad como cualquier restricción o falta de (resultado de una deficiencia) habilidad para llevar a cabo una actividad de la forma o dentro de lo considerado normal para el ser humano.

Para la *American Association on Mental Retardation* (AAMR, 2002) la discapacidad es una condición que se da cuando una persona requiere apoyos significativos en las habilidades de la vida diaria con el fin de ser independientes y autónomos en el contexto en el que vive. Dicha condición puede variar en función de los apoyos que la persona recibe.

La Organización de Estados Americanos (OEA) en la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, definió a la discapacidad como una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de

ejerger una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (OEA, 1999).

En nuestro país aún prevalecen distintas concepciones acerca de la discapacidad, por lo cual una de las principales áreas de oportunidad es unificar los términos que se utilizan en torno a este tema, permitirá articular acciones y compromisos de las instituciones del gobierno, con las organizaciones de la sociedad civil de y para personas con discapacidad (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (ONU, 2001) el 10% de la población mundial padece alguna discapacidad, es decir que aproximadamente 650 millones de personas presentan alguna discapacidad motora, intelectual o sensorial. En tanto el Banco Mundial (2007) estima que entre el 10% y el 12% de la población mundial tiene discapacidad y que en el 25% de los hogares hay algún miembro con discapacidad. Es de esperarse que con el aumento de la población mundial, la esperanza de vida y el envejecimiento de la población incrementen el número de personas con discapacidad.

La prevalencia de discapacidad varía en cada país debido a los métodos de estudio y detección de la misma así como el tipo de preguntas que integran las encuestas de detección, por lo que es común encontrar que en países subdesarrollados el porcentaje sea menor al esperado.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (como se citó en Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012) reveló que la prevalencia de discapacidad es mayor al 10% en Brasil, Chile, Ecuador, Panamá y Nicaragua.

Por recomendación de la ONU (2001) en el censo poblacional del 2000 se incluyeron en las encuestas preguntas sobre discapacidad, instrumento que arrojó que el 1.84% de la población en el país tiene alguna discapacidad física o mental.

A través de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada por la Secretaría de Salud en el 2003 (como se citó en Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012) en diferentes entidades del país se obtuvo que la prevalencia de discapacidad rebasa el 10% tales como el D.F. y Durango; el 5% en el Estado de México y Tlaxcala. Para homogeneizar los resultados se requiere el uso de una encuesta general basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (2009) define el término de Discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debida a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Para la Norma Oficial Mexicana del Sistema Nacional de Salud (2003) define la discapacidad como la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerando como normal para un ser humano. Y hace la diferencia de la definición de la persona con discapacidad como el ser humano que presenta una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan para realizar una actividad considerada como normal.

A su vez la Ley General de las Personas con Discapacidad (2008) la define como toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más

actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) describe el concepto de discapacidad como: toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una eficiencia. Las discapacidades reflejan, por tanto, trastornos al nivel de la persona (INEGI, 2004).

Como se puede observar, el concepto de discapacidad ha sido motivo, durante muchos años, de gran controversia a nivel internacional y nacional, lo que ha generado diversas definiciones y modelos explicativos que han tenido una notable influencia en el desarrollo y establecimiento de políticas sanitarias y sociales en los países. Las diversas definiciones que existen de dicho término van a depender de las teorías y la clasificación que se le dé a las discapacidades. Así como el contexto político, social y cultural para el que se necesite.

Clasificación de la Discapacidad

Existen diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento, durante muchos años se han generado diversos modelos explicativos que han tenido una importante influencia en el desarrollo y establecimiento de políticas sanitarias y sociales en los países (Espina & Ortego, 2003; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Entre estos modelos destacan el Modelo Médico, se desarrolla bajo un enfoque biológico en donde la discapacidad es considerada como un problema de la persona, causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud que requiere de cuidados médicos en forma individual. La discapacidad adquiere

la connotación de síntoma siendo por lo tanto descrita como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal-mental.

El tratamiento está encaminado a lograr la cura o una mejor adaptación de las personas y un cambio de su conducta; donde la atención sanitaria se considera la cuestión primordial y por consiguiente, la respuesta principal es reformar o fortalecer las políticas de atención a la salud. La aplicación de éste modelo ha permitido centrar la atención de las estructuras administrativas, y de la sociedad, en la problemática de las personas con discapacidad, estimulando la preocupación por garantizar el desarrollo de las medidas terapéuticas y compensadoras. Esta perspectiva ha sido censurada, por considerarse que asume una postura de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad (Espina & Ortego, 2003; Rolander, Montes & Culebro, 2008; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Es bajo este enfoque que en 1980 la OMS presenta la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) la cual sirvió de base para definir a las personas con discapacidad, no por las causas de su discapacidad, sino por las consecuencias que éstas generaron. El CIDDDM se empleó durante muchos años y en muchos países para clasificar la prevalencia de la discapacidad (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Con respecto al Modelo social, considera el origen de la discapacidad como un problema en el ámbito de lo social, y centra sus esfuerzos en la completa integración del sujeto a la sociedad. Describe que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, que surgen del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que en la incapacidad de la persona con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecida por la sociedad.

Una vertiente del enfoque social concibe a la discapacidad como una forma de opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social; y exige la responsabilidad colectiva para hacer las modificaciones ambientales necesarias que posibiliten y permitan alcanzar la participación plena de las personas con discapacidad se trata de derechos humanos garantizados en las leyes y de un asunto de política pública (Espina & Ortego, 2003; Rolander, Montes & Culebro, 2008; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Minusvalía es un concepto relacionado con la sociedad y la deficiencia de la persona y se refiere a la desventaja que una persona enfrenta como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

La deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Desde una perspectiva de derechos humanos la discapacidad debe ser definida como parte de la normalidad; las personas con discapacidad tienen los mismos derechos, las mismas oportunidades y opciones que las demás personas. Es discriminante definir a alguien como “no normal” (Seyfried, 1996).

Espina y Ortego (2003) mencionan que una extensión del Modelo Social son el Modelo Político-Activista de la discapacidad y el Modelo de las Minorías Colonizadas. Explican que el Modelo Político-Activista defiende que la persona con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad; siendo su discapacidad fruto de las actitudes de la población y el abandono sociopolítico en el que se encuentra. Con respecto al Modelo de Minorías Colonizadas define al grupo de las personas con discapacidad como un colectivo colonizado por una

cultura dominante, la médica, que impone sus criterios y define las situaciones de discapacidad y sus necesidades.

Un Modelo Universal de la discapacidad plantea que toda la población está en situaciones de riesgo de padecer una discapacidad. Explicando que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica de la condición humana (OMS, 2001; Espina & Ortego, 2003; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Finalmente, Espina y Ortego (2003) mencionan que actualmente se ha visto una mayor utilidad del Modelo Bio-psico-social, el cual intenta conseguir una integración de los modelos anteriores, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Donde la persona es vista como el resultado de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales. Dicha integración permite explicar satisfactoriamente la discapacidad y así lograr desarrollar políticas y actuaciones equilibradas y complementarias, estableciendo los niveles a los que dichas actuaciones han de estar dirigidas.

En este modelo se plantea que la lucha por eliminar la discriminación y la falta de igualdad en el acceso a los bienes sociales exige identificar a aquellos individuos que presentan deficiencias y establecer sus características, para no cometer el error de generalizar, ignorando las diferencias o minimizándolas.

La OMS, en sus esfuerzos para lograr conjuntar los modelos médico y social de la discapacidad en un solo enfoque propone el Modelo Bio-psico-social, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF); esta clasificación ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de la ONU e incorpora las normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La CIF es un instrumento apropiado para

implementar los mandatos internacionales y nacionales sobre los derechos humanos, además ofrece un marco de referencia conceptual para la información que podría ser aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, reduciendo los obstáculos sociales y previniendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores (Rolander, Montes & Culebro, 2008).

La CIF fue aprobada en la 54^a Asamblea Mundial de la Salud del 2001, se basa principalmente en los modelos médico y social, pero también visualiza a la discapacidad como un Modelo Universal; incorporando conceptos estándares y métodos, desde una perspectiva biológica, individual y social (OMS, 2001; Rolander, Montes & Culebro, 2008; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Los objetivos específicos de la CIF pueden resumirse en: proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella; establecer un lenguaje común y mejorar la comunicación; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; y finalmente proporcionar un esquema de codificaciones sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. Los objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que puede aplicarse a distintos ámbitos (OMS, 2001; Espina & Ortego, 2003; Rolander, Montes & Culebro, 2008).

De acuerdo con la CIF, el funcionamiento de una persona es un dominio específico, es resultado de la interacción entre su condición de salud (trastorno o enfermedad) y los factores contextuales (ambientales y personales). Además, la interacción entre los diversos componentes es dinámica, pues las intervenciones en un componente tienen el potencial de modificar uno o más de los otros y no siempre se dan en una relación recíproca predecible (OMS, 2001; Rolander,

Montes & Culebro, 2008; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

La CIF está dividida en dos partes: 1) funcionamiento y discapacidad y 2) factores contextuales. Define el funcionamiento, como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social de la persona. Se refiere a la discapacidad, como término genérico para designar todas las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y la restricción en la participación social del individuo y finalmente define a la salud como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores (OMS, 2001; Rolander, Montes & Culebro, 2008; Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Los componentes del funcionamiento y la discapacidad se pueden emplear de dos maneras; por un lado, pueden utilizarse para indicar problemas (discapacidad), y por el otro señalar aspectos no problemáticos de la salud y aspectos relacionados (funcionamiento). Pueden interpretarse mediante tres constructos diferentes, relacionándose entre sí y operacionalizados utilizando calificadores (códigos numéricos) de la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría.

Funciones y estructuras corporales: El componente “cuerpo” consta de dos dominios: el primero, el de las funciones de los sistemas corporales y el segundo, el de las estructuras del cuerpo. Pueden interpretarse mediante cambios en los sistemas fisiológicos o en las estructuras anatómicas (constructo).

Actividades y participación: Su dominio son las áreas vitales. Este componente cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social. Dispone de dos constructos de interpretación: capacidad (aptitud) de ejecución de tareas en

un entorno uniforme y actuación en el entorno real (acto de involucrarse en una situación vital).

Factores contextuales

El constructo básico de interpretación está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal. Los calificadores indican la extensión por la que un factor contextual es facilitador o una barrera.

Factores ambientales: su dominio es el de las influencias externas. Ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato de las persona y llegando hasta el entorno en general. Están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos: el individual (ambiente inmediato) que incluye las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que el individuo tiene que enfrentarse, como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos; el otro nivel es el de los servicios y sistemas sociales que tiene un efecto en los individuos e incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también las leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Factores personales: Su dominio es el de las influencias internas. De gran variabilidad social y cultural, los cuales no están clasificados.

La CIF propone usar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes. Utiliza un sistema alfanumérico en el que las letras “b”, “s”, “d” y “e” se utilizan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales, respectivamente.

Las letras van seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (1 dígito), seguido del segundo nivel (2 dígitos) y del tercer (1 dígito) y cuarto nivel (1 dígito). Los códigos sólo están completos y tienen sentido con la presencia de al menos un calificador; que indica la magnitud del nivel de salud; codificándose como uno, dos o más números después de un punto decimal. Todos los componentes se cuantifican utilizando la misma escala. Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera, dependiendo del constructo.

En el caso de los Factores Ambientales, este primer calificador puede ser utilizado para indicar la extensión de los efectos positivos del entorno, esto es facilitadores, como la extensión de los efectos negativos, es decir, barreras. Para ambos se utiliza la misma escala de 0-4, pero para indicar que se trata de un facilitador el punto decimal se sustituye por un signo "+". Los factores ambientales pueden ser codificados en relación con cada constructo individual o globalmente, sin referencias a ningún constructo individual. Existe la posibilidad de utilizar calificadores adicionales que añadan información útil.

Durante la aplicación de la CIF en situaciones reales para la explicación de un caso con una precisión de segundo nivel (3 dígitos) puede ser adecuado utilizar un rango de 3 a 18 códigos; la versión más detallada (4 dígitos) se utiliza para servicios especializados y con dos niveles es suficiente para realizar encuestas y evaluaciones de tratamientos clínicos (OMS, 2001; Espina & Ortego, 2003).

Rolander, Montes y Culebro, (2008) explican que la codificación del CIF es compleja, los redactores del CIF recomiendan a los usuarios recibir entrenamiento. También recomiendan que se utilice conjuntamente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Mencionan que la codificación de las escalas o componentes de las funciones y estructuras corporales resulta relativamente sencilla y práctica; sin embargo, no sucede lo mismo con las escalas de actividades y participación y de factores contextuales donde no se dan unas

normas estandarizadas de aplicación, quedando a criterio del codificador a elegir entre una serie de posibles usos de los constructos y calificadores en su aplicación.

Tipos de discapacidad

Los tipos de discapacidad existentes presentan notables diferencias entre sí, por lo que su estudio y clasificación resulta demasiado amplio y complejo. Por tanto, se hará referencia a la clasificación del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Dicha clasificación fue realizada con base en las recomendaciones de la ONU y el CIE-10. Cabe mencionar que se trató de respetar los criterios de recopilación y clasificación que se manejaban en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) a fin de facilitar la comparación de datos con otros países.

El INEGI (2004) define que dicha clasificación está organizada en dos niveles: grupo y subgrupo. El primer nivel de la clasificación está formado por cuatro grandes grupos de discapacidad y el grupo de las claves especiales. El segundo nivel de la clasificación corresponde a los subgrupos. En total la clasificación comprende 18 subgrupos. Cada subgrupo está conformado por un listado, en orden alfabético, de descripciones relativas a deficiencias y discapacidades; en él se incluyen tanto nombres técnicos como algunos sinónimos con los cuales la población reconoce la discapacidad. Los grupos son los siguientes:

- Discapacidades sensoriales y de la comunicación
- Discapacidades motrices
- Discapacidades mentales
- Discapacidades múltiples y otras
- Claves especiales

Discapacidades Sensoriales y de la Comunicación:

Este grupo comprende las discapacidades para ver, oír y hablar. El grupo se conforma de cinco subgrupos: Discapacidades para ver, discapacidades para oír, discapacidades para hablar (mudez), discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje e insuficientemente especificadas del grupo discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Discapacidades para ver:

Es la disminución que sufre una persona en su agudeza o capacidad visual. En esta se incluyen a las personas ciegas o a quienes tienen una debilidad visual, o a quienes regularmente ven sólo sombras o bultos; las deficiencias o limitaciones visuales pueden ser progresivas hasta convertirse en ceguera, y ser de origen congénito o adquirido.

La agudeza visual es la capacidad del ojo para percibir puntos próximos de un objeto separadamente. Se expresa como una fracción, el número superior de ésta se refiere a la distancia entre la persona y una tabla, la cual es generalmente de 6 metros; el número inferior indica la distancia a la que la persona con vista normal podría leer correctamente la línea con las letras más pequeñas, por ejemplo, 20/20 se considera normal, 20/40 indica que la línea que la persona leyó correctamente a los 6 metros (20 pies) pudo ser leído por una persona con visión normal a los 40 pies. (Medline, 2004, como se citó en INEGI 2004).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) refiere que la discapacidad visual o ceguera es la ausencia total del sentido de la vista que le impide a la persona valerse por sí misma en actividades que requieren exclusivamente la capacidad de ver, en tanto que la debilidad visual es la reducción significativa del sentido de la vista e independientemente del tratamiento que se realice sigue limitando a la persona para valerse por sí misma (INEGI, 2004).

La OMS señala que existen en el mundo alrededor de 45 millones de personas ciegas y 135 millones que padecen una discapacidad visual, el 90% se encuentra

en países en desarrollo, lo lamentable es que 80% de estos casos se pueden prevenir (OMS 2003, como se citó en INEGI 2004). Para esta organización la discapacidad visual es aquella visión menor de 20/400 ó 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección (INEGI, 2004).

La definición de discapacidad visual comprende a las personas ciegas y a las que tienen debilidad visual, llamadas también con baja visión o con visión subnormal, esta debilidad para ver puede estar provocada por una disminución en la agudeza visual perjudicando la calidad de la visión o por un recorte en el campo visual afectando la cantidad de la visión (Mon, 1988 como se citó en INEGI, 2004).

La visión es uno de los sentidos más importantes en el ser humano ya que posibilita la interacción con el medio, el reconocimiento del mundo que lo rodea y al acceso a la información y al aprendizaje que su medio le ofrece. Cuando no se tiene esta facultad o se tiene de manera parcial se recurren a medios alternativos como la agudización de otros sentidos o bien se recurre a apoyos tecnológicos o científicos para percibir el medio. La persona ciega debe aprender a agudizar los demás sentidos como el tacto y la audición para ayudarse a suplir lo más posible su discapacidad visual.

La discapacidad visual incluye las descripciones que se refieren a la pérdida total de la visión o amaurosis, a la debilidad visual (personas que sólo ven sombras o bultos), y a otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes, como desprendimiento de retina, aniridia, facoma y otras. Se considera que hay discapacidad cuando está afectando un sólo ojo o a los dos. Cabe señalar que una debilidad visual puede ser ocasionada, entre otros motivos, por una disminución severa de la agudeza visual, por la imposibilidad de percibir visión tridimensional, así como por trastornos en la visión de los colores que sólo permiten ver en blanco y negro, o por trastornos en la adaptación a la luz y en la percepción de tamaños y formas. Se excluye de este subgrupo al daltonismo, que se caracteriza por el trastorno o ceguera en la visión de los colores, principalmente

el rojo, por no ser considerado como discapacidad. Asimismo, de acuerdo con la recomendación de la ONU se excluyen de este subgrupo aquellas limitaciones visuales que pueden corregirse con el uso de lentes, como la miopía o el astigmatismo.

Los factores desencadenantes de la discapacidad visual pueden ser congénitos o adquiridos entre las que se pueden mencionar factores hereditarios (retinosis pigmentaria), congénita (rubéola en la madre durante el embarazo), adquirida alrededor del parto (excesivo oxígeno en la incubadora), traumatismos, infecciones o enfermedades (glaucoma, catarata, retinopatía diabética, etc.).

Las limitaciones más severas a las que se enfrentan las personas con discapacidad visual es el desplazamiento, sienten un gran temor por tanto deben ser capacitados a través de la orientación y la movilidad. El sistema Braille es el método de comunicación escrita que permite que las personas ciegas puedan acceder a la lectura por medio del tacto y la escritura. El sistema se conforma por seis puntos y 63 combinaciones que colocados en diferentes posiciones van conformando letras, números y reglas de escritura (signos gramaticales, letras, números ordinales y romanos, notas musicales, etc. (Alvarado, M., 1998).

Discapacidades para oír:

Comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero *intensa, grave o severa* en uno o en ambos oídos. Son ejemplos de las discapacidades que comprende el subgrupo de los sordos totales, los sordos de un solo oído, así como las personas con debilidad auditiva (personas que sólo escuchan sonidos de alta intensidad). Están incluidas las personas que tienen las limitaciones descritas, hagan uso o no de un auxiliar auditivo (aparato).

También se clasifican en este subgrupo las descripciones que hacen referencia al uso de un aparato auditivo, aunque no señalen la deficiencia que padece la

persona. En este subgrupo se incluyen las personas sordomudas, ya que se sabe que en un gran número de casos la mudez es una consecuencia de los problemas auditivos. Se excluyen descripciones vagas o ambiguas como “no oye bien”, “no escucha bien”, “oye poco”, ya que no puede determinarse el grado de la limitación.

El concepto más usado es el de discapacidad auditiva, término empleado para definir todas las limitaciones ocasionadas por la pérdida auditiva. Es falta o reducción en la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo. Puede variar desde la más superficial hasta la más profunda a la cual comúnmente es llamada sordera.

La Organización Mundial de la Salud OMS señala que entre uno y dos por cada mil de los recién nacidos son sordos profundos o severos.

Del total de personas con discapacidad auditiva el 38.2% fue adquirida en edad avanzada; el 25.6% la adquirió por alguna enfermedad. Más de la mitad de las discapacidades del lenguaje, es decir el 63.2% se originó en el nacimiento y el 17.4% por enfermedad.

El término sordera se refiere al impedimento auditivo cuya severidad no permite a la persona comprender el habla solamente a través de la audición, aún con el uso de auxiliares. Es la pérdida total o parcial de la capacidad de escucha que altera la comunicación, el aprendizaje y la interacción sociocultural.

Se define a la persona sorda como aquella cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y por lo tanto no le posibilita la adquisición de un lenguaje oral de forma espontánea, sino que éste debe ser enseñado-aprendido con técnicas especializadas (Alegre de la Rosa, 2000).

Sus causas se deben a un trastorno del aparato auditivo las cuales pueden ser de origen hereditario, congénito o adquirido. De las causas genéticas se sabe que

existen al menos 30 genes distribuidos en diferentes cromosomas que al mutar causan la sordera. Durante la gestación el que la madre adquiera rubéola, varicela, sarampión o hepatitis, ingesta de algún medicamento ototóxico, amenaza de aborto, incompatibilidad sanguínea. Durante el nacimiento las causas pueden ser por un parto prematuro, sufrimiento fetal, uso de maniobras o fórceps. Después del nacimiento las causas pueden ser por enfermedades como la meningitis, encefalitis, sarampión, paperas, uso de medicamentos ototóxicos, frecuentes infecciones de oído, accidentes y traumatismos craneales, etc.

Las personas que son sordas o presentan discapacidad auditiva deben acceder a apoyos tecnológicos como los auxiliares auditivos y alternativas educativas que les permita acceder a la comunicación a través de la lengua de señas.

La edad de la adquisición de la discapacidad auditiva es de gran importancia ya que de esto depende la adquisición del lenguaje oral, “el momento en que se produce la pérdida auditiva tiene una repercusión muy importante sobre el desarrollo infantil. Cuando mayor es el niño o la niña más experiencia ha tenido con el lenguaje y por tanto su evolución lingüística resulta más favorable. Los niños y niñas sordos preverbales, en los que la pérdida auditiva se produce antes de la adquisición del lenguaje, tiene que aprender un lenguaje oral que es totalmente nuevo para ellos, sin apenas experiencia con el sonido” (Alegre de la Rosa, 2000, p. 130).

Los tipos de sordera en función del grado de pérdida auditiva la cual se mide en decibeles (db) son: Entre 0 a 25 db la audición es normal; entre 25 y 45 db se considera sordera leve; entre 45 y 65 db sordera moderada; entre 65 y 85 db sordera severa; mayor a 85 db sordera profunda y cofosis (sordera profunda) mayor a 120 db. (Alvarado, 1998; INEGI, 2004).

Por las características de la pérdida auditiva se menciona como: Impedimento auditivo a cualquier pérdida auditiva en uno o ambos oídos. Debilidad auditiva

superficial o hipoacusia como la pérdida de algunos sonidos, pero no tan profunda como para que afecte la mayoría de los usos de la audición. Debilidad auditiva media cuando se deja de escuchar bastantes sonidos y afectan lo que la persona comprende de los sonidos ambientales, incluyendo algunos sonidos del lenguaje. Pérdida bilateral significativa, es una pérdida auditiva en ambos oídos; el oído con mejor audición tiene algunas dificultades para escuchar y comprender el lenguaje. Pérdida auditiva severa, muchos sonidos no son escuchados, incluyendo la mayoría de los sonidos del lenguaje. Pérdida profunda es cuando la mayoría de los sonidos no son escuchados.

Por la ubicación de la sordera se puede clasificar en sordera conductiva, sordera neurosensorial y mixta. La primera se refiere al mal funcionamiento del oído externo o medio. La debilidad auditiva superficial puede ser por factores externos como un tapón de cerumen o por un mal funcionamiento de los huesecillos del oído medio (yunque, martillo y estribo). Este tipo de sordera en ocasiones puede corregirse con procedimientos médicos o quirúrgicos. La sordera neurosensorial es consecuencia del mal funcionamiento de las estructuras finas del oído interno o en las vías de acceso al cerebro, es decir la parte que convierte en impulsos nerviosos las vibraciones del sonido. Estas lesiones afectan tanto a la cantidad como a la calidad del sonido y no se corrigen con ningún tratamiento. La sordera mixta se refiere cuando ambas se presentan al mismo tiempo (INEGI, 2004).

Discapacidades para hablar (mudez):

Se refiere exclusivamente a la pérdida total del habla.

Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje:

Incluye las discapacidades que se refieren a la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del hablar. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles. Se excluye a las personas que padecen tartamudez, ya que ésta no se considera una discapacidad. Asimismo, se excluyen descripciones que no

son lo suficientemente claras, como: “no habla bien”, “no puede hablar bien”, “no pronuncia bien”, ya que no describen con precisión la gravedad o permanencia de la discapacidad de lenguaje.

Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades sensoriales y de la comunicación: comprende aquellas descripciones que aluden a discapacidades contenidas en este grupo, pero no son precisas y por ello no pueden clasificarse en alguno de los subgrupos anteriores.

Discapacidad Motora:

Se origina en una deficiencia física y es la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas óseo-articular, nervioso o muscular. La discapacidad en éste caso es la restricción o ausencia de una función motora como caminar, sentarse o mover uno o varios segmentos de su cuerpo que le impide realizar una actividad dentro del margen considerado como normal. Puede ser transitoria o permanente y las causas más frecuentes en los niños son: mielomeningocele o espina bífida, agenesia, poliomielitis, secuelas de parálisis cerebral. En los adultos mayores la enfermedad cerebro-vascular, trombosis, embolias o derrames cerebrales. En diferentes edades las causas pueden ser: amputación de algún miembro (inferior o superior), lesión medular por accidente o traumatismo, esclerosis múltiple, enfermedad progresiva del sistema nervioso central, miopatías, enfermedades crónicas, etc.

La discapacidad motora puede ser por parálisis que es la pérdida total de la movilidad o paresia que es la pérdida parcial de la movilidad. De un solo miembro son llamadas monoplejía o monoparesias; de dos miembros del mismo lado hemiplejías o hemiparesias; de los dos miembros inferiores son paraplejías o paraparesias; de tres miembros son triplejía o triparasia y de los cuatro miembros son cuadriplejía o cuadriparasia. Las plejias o paresias pueden ser flácidas o espásticas y acompañadas de temblores (Alvarado, 1998).

Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. Este grupo lo conforman tres subgrupos: Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza, Discapacidades de las extremidades superiores e insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices. En este grupo se incluyen la pérdida total o parcial de uno o más dedos de las manos o pies. Excluye las discapacidades que tienen que ver con deformaciones del cuerpo y que no implican la carencia o dificultad de movimiento.

Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza:

Comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. También a aquellas que aún teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar.

Este subgrupo también incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello, y cabeza (excepto parálisis facial); así mismo incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo. Quedan comprendidas también en este subgrupo las personas que tienen carencia o dificultades de movimiento en tronco, cuello y cabeza combinada con la falta de movimiento en las piernas. Excluye las descripciones ambiguas, tales como: “no puede caminar bien”, “casi no anda”, “no camina bien”, entre otras, ya que no describen con precisión la gravedad o permanencia de la discapacidad motriz.

Discapacidades de las extremidades superiores:

Comprende a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas personas que aun teniendo sus miembros superiores (brazos y manos) han perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera. Excluye las discapacidades que tienen que ver con deformaciones del cuerpo y que no implican la carencia de movimiento, también del cuerpo y que no implican la carencia de movimiento. Se excluyen descripciones ambiguas, tales como “no mueve bien el brazo”, “casi no mueve la mano”, “mueve poco el brazo”, entre otras, ya que no describen con certeza la gravedad o permanencia de la discapacidad.

Discapacidades Mentales:

En este grupo se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas. El grupo está integrado por tres subgrupos: Discapacidades intelectuales (retraso mental), Discapacidades conductuales y otras mentales e insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales. El grupo incluye los nombres técnicos de algunas discapacidades y el nombre común con el que el informante las conoce y las descripciones de los listados se refieren tanto a discapacidades como a deficiencias. De este grupo se excluyen las combinaciones de las discapacidades mentales asociadas a las sensoriales y de la comunicación y motrices.

Discapacidades intelectuales (retraso mental):

El concepto de discapacidad mental ha variado a lo largo de la historia, pero tras largo debate la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) define a la discapacidad intelectual como el conjunto de limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media (Verdugo, 1999).

Generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las áreas de adaptación:

- Autocuidado: Habilidades asociadas con el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.
- Vida en el hogar: Habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, como cuidado de ropa, limpieza, preparación de alimentos, planeación de actividades para compra de despensa, seguridad en el hogar.
- Habilidades sociales: Intercambio social con otras personas, incluyendo el iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros, recibir y responder a las señales o pistas situacionales pertinentes, reconocer sentimientos, ayuda a otros, mantener amistades, controlar impulsos, comportamiento socio sexual aceptado
- Comunicación: Habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (palabra hablada-escrita, lenguaje, signos) y no simbólicos (expresión facial, movimiento corporal).
- Utilización de la comunidad: Habilidades relacionadas con adecuada utilización de los recursos de la comunidad, como el transporte, comprar en tiendas, parques, áreas de recreación, calles y aceras, museos, etc.
- Autodirección Habilidades relacionadas con realizar elecciones, aprender a seguir un horario, iniciar actividades adecuadas a los lugares, condiciones, horarios e intereses personales, buscar ayuda, resolver problemas, asertividad y autodefensa.

- Salud y seguridad: Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, tales como comer, identificar síntomas de enfermedad, tratamiento, prevención de accidentes, primeros auxilios, sexualidad y ajuste físico. Incluyen protegerse de actos criminales, usar un comportamiento adecuado en la comunidad, comunicar preferencias y necesidades y aplicar habilidades académicas funcionales.
- Académicas funcionales: Habilidades cognitivas y relacionadas con el aprendizaje escolar, que tiene además una aplicación directa en la vida. Debe destacarse que los conocimientos académicos corresponden a la adquisición de habilidades funcionales en términos de vida independiente.
- Tiempo libre: Hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre, preferencia y elecciones personales de actividades de esparcimiento en el hogar y la comunidad, actividades recreativas, juego individual y en grupo.
- Trabajo: Habilidades relacionadas con el poseer un trabajo de tiempo completo o parcial en la comunidad, en términos de habilidades relacionadas con el trabajo, como: seguir instrucciones, convivencia con compañeros, respeto de horarios, conclusión de tareas, manejo de dinero, aceptación de supervisión, etc.

Las discapacidades intelectuales se manifiestan como retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria, se incluye en este grupo a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su condición sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etcétera. Incluye a las combinaciones de

discapacidades intelectuales con las de discapacidades conductuales y otras mentales, por ejemplo la combinación de pérdida de la memoria y depresión severa. Se excluye del subgrupo el retraso mental leve y las deficiencias leves del aprendizaje, como la dislexia (dificultad para leer) y la digrafía (dificultad para escribir).

Las causas de la discapacidad intelectual son de origen genético, congénito o adquirido entre las que se pueden mencionar alteraciones cromosómicas, malnutrición o infecciones de la madre durante la gestación, hipoxia neonatal, trastornos metabólicos, daños mecánicos al nacer por mal uso de fórceps, exposición a rayos X o plomo, hipertermias (meningitis o encefalitis), incompatibilidad por factor Rh, alcoholismo y drogadicción (Martínez, 2003 como se citó en INEGI, 2004).

La característica que define a la discapacidad intelectual es la dificultad para acceder al aprendizaje de manera generalizada que afectará todas las áreas: autonomía, lenguaje, interacción social, motricidad, etc., en diferentes grados o niveles (Alvarado, 1988).

Para establecer un diagnóstico de discapacidad intelectual se debe tener el resultado de una evaluación psicológica y psicopedagógica que determine el grado y que tenga limitaciones en dos o más áreas adaptativas (Verdugo & Bermejo, 1999).

El funcionamiento intelectual general se define como los resultados obtenidos al evaluar con una o más pruebas de inteligencia general realizada individualmente y específicamente concebida para éste fin. Muy por debajo de la media corresponde al Cociente Intelectual (C.I.) con más de dos desviaciones típicas por debajo de la media de 100 según la prueba que se utilice para evaluar la capacidad intelectual.

Comportamiento adaptativo: Se define como la efectividad o grado con que una persona satisface los grados de independencia personal y responsabilidad social que cabe esperar del grupo de edad y cultural al que pertenezca.

Problemas de comportamiento: Los problemas de comportamiento son tan variados que no se ha logrado una clasificación definitiva de ellos, sin embargo el consenso determina que los problemas más serios presentados en ellos son las estereotipias, autolesiones, agresiones, conducta social inapropiada, desórdenes físicos de regulación y deterioros emocionales específicos.

Las estereotipias: Respuestas motoras o posturales altamente consistentes y repetitivas, que son excesivas en grado, frecuencia y/o amplitud y que parecen carecer de un significado adaptativo. Son ciclos repetitivos de conducta.

Conductas auto agresivas: Conductas altamente repetitivas y rítmicas, que tienen como resultado el daño físico de la persona que las realiza.

Esta conducta es compleja y difícil de determinar y se le atribuye a factores biológicos y del entorno, aunque la mayoría de los autores concluyen que es una conducta aprendida.

Agresión: Es una forma intensa o violenta de conducta física, que produce consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuestas verbales, con efectos similares, debido a su contenido o intensidad.

Conducta social inapropiada: Algunas personas con discapacidad intelectual presentan una serie de conductas antisociales que son más reflejo de una carencia de aprendizaje de habilidades más apropiadas que un enfrentamiento deliberado a la convención social por si misma.

Desórdenes en la regulación física: Se refiere a un exceso de conductas que son resultado de un control físico limitado, debido a una falta o pérdida de autorregulación en las funciones corporales, por ejemplo: enuresis, encopresis, babeo, etc.

Ecolalia: Es una anomalía en el discurso definida como el uso de palabras de modo no comunicativo. Puede existir ecolalia inmediata y demorada: Inmediata cuando la persona repite todo o parte de lo que se acaba de decir. Demorada cuando el hablante repite alguna cosa que ha oído en el pasado.

Desórdenes emocionales específicos: Las personas con discapacidad intelectual pueden presentar un rango amplio de problemas emocionales y de adaptación psicológica como los que puede presentar cualquier persona con discapacidad.

Control y tratamiento: En la persona con discapacidad son útiles los tratamientos de psicoterapia conductual, apoyo familiar e intervención psicofarmacológica. La terapia directiva es eficaz en el tratamiento de personas con discapacidad, se centra la modificación de conducta, control de impulsos y frustración, creación de capacidades sociales.

Discapacidades conductuales y otras mentales:

En este subgrupo están comprendidas las discapacidades de moderadas a severas que se manifiestan en el comportamiento o manera de conducirse de las personas, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros. En este tipo de discapacidades, la persona puede tener una interpretación y respuesta inadecuada a acontecimientos externos. Las personas afectadas por discapacidades de este subgrupo también pueden experimentar perturbación de la capacidad para identificar debidamente a objetos y personas, o a las dimensiones de tiempo y espacio. Pueden no reconocer a las personas con quienes conviven, o pueden creer que ya sucedió un acontecimiento que en realidad sucederá al día siguiente. También se incluye en el subgrupo la incapacidad o deficiencia para

distinguir la realidad de la fantasía y las perturbaciones severas en las relaciones con los demás. Se excluyen de este subgrupo los casos en que las discapacidades se combinan con las discapacidades intelectuales.

Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales: se clasifican aquellas descripciones insuficientemente especificadas pero que hacen alusión a una discapacidad mental.

Discapacidades Múltiples y Otras:

El grupo se conforma por tres subgrupos: Discapacidades múltiples, otro tipo de discapacidades e Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras. Comprende las discapacidades múltiples, así como las discapacidades que no corresponden a los grupos sensoriales y de la comunicación, motrices, y mentales. El grupo tiene como finalidad identificar a la población que manifiesta en forma conjunta más de una discapacidad, así como a la que presenta alguna discapacidad diferente a las consideradas en los grupos anteriores.

Discapacidades múltiples:

El objetivo de éste es identificar a las personas con discapacidades múltiples, para poder ubicarlas con aquellas que manifestaron más de una en las opciones de respuesta. Se incluyen en este subgrupo a las personas que tienen limitaciones o carencia de movimiento en las extremidades inferiores y superiores, como por ejemplo, parálisis cerebral, embolia o accidente cerebro vascular. Incluye descripciones relativas a dos o más discapacidades. Este subgrupo excluye a los síndromes para los cuales se puede determinar una discapacidad predominante, los cuales se clasifican en el grupo correspondiente. Se excluyen, las descripciones que combinan una discapacidad con una condición no discapacitante, que se clasifican en el subgrupo al que corresponde la discapacidad.

Otro tipo de discapacidades:

Incluye malformaciones de cualquier parte del cuerpo (extremidades superiores, inferiores, tronco, cuello o cabeza), siempre y cuando no impliquen una discapacidad motriz, es decir, falta o limitación severa de movimientos. Comprende deficiencias de los órganos internos que implican un trasplante (riñón, corazón) y descripciones que aluden a situaciones en donde las personas dependen para mantenerse con vida de aparatos, equipos o instrumentos como marcapasos, válvulas artificiales, riñón artificial, respiradores artificiales, sondas permanentes, entre otras, e incluye las deficiencias físicas del enanismo y gigantismo.

Asimismo, comprende las deficiencias orgánicas que involucran discapacidades referentes a corazón, pulmones, riñones e hígado (hepatitis crónica), así como otras que son metabólicas o sanguíneas como hemofilia o diabetes grave. Incluso enfermedades mortales que implican discapacidad, y enfermedades crónicas degenerativas y progresivas, que dependiendo de su gravedad, significan para la población limitante en la realización de sus actividades cotidianas. Son ejemplos el cáncer invasor, la diabetes mellitus, el VIH-SIDA en fases terminales, y las enfermedades y deficiencias cardíacas graves. Además, comprende tumores en cualquier parte del cuerpo que implican discapacidad. El subgrupo excluye las discapacidades relativas a la falta de alguna extremidad superior y/o inferior, y las que se refieren al uso de alguna prótesis u ortesis mecánica, ya que éstas se clasifican en el grupo de discapacidades motrices. Se excluyen las enfermedades temporales (como varicela y escarlatina), y las crónicas (como gastritis y alergias); las descripciones referentes a la dentadura postiza total o parcial, así como cualquier movimiento menor involuntario (tics) en cualquier parte del cuerpo.

Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras: este subgrupo comprende aquellas descripciones que pertenecen a este grupo pero no pueden clasificarse en alguno de los subgrupos anteriores porque no están claramente especificadas.

Claves especiales:

Este grupo, como ya se mencionó en la presentación de la estructura, tiene el objetivo de delimitar el universo de estudio y depurar aquellas descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad. Lo conforman cuatro subgrupos: Tipo de discapacidad no especificada, Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad, No sabe y No especificado general.

Tipo de discapacidad no especificada: Comprende descripciones genéricas y coloquiales que indican que se trata de una persona con discapacidad sin margen de duda pero sin precisar el tipo de discapacidad.

Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad: Agrupa descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad. Incluye las que indican que la persona no tiene limitaciones físicas o mentales como “ninguno”, “nada”, etc. Asimismo, comprende también descripciones que aluden a malestares (dolor de cabeza, dolor de muela) y enfermedades agudas con una duración menor a seis meses, que en la mayoría de los casos no implican discapacidad, son ejemplos las enfermedades que se presentan en la infancia, como rubéola, la varicela, la tosferina, las que con una atención adecuada no provocan ninguna secuela. Del mismo modo, se incluyen descripciones referentes a la dentadura postiza total o parcial, así como cualquier movimiento menor involuntario (tics nerviosos) en cualquier parte del cuerpo. Aquí se incluyen descripciones coloquiales ambiguas que hacen referencia a problemas como: no mira bien, casi no oye, no habla bien, no mueve bien los brazos, entre algunas otras; dado que este tipo de descripciones es declarado frecuentemente por la población y no constituye una discapacidad.

No sabe: se clasifican las descripciones en las que se declara que la persona que proporciona la información desconoce la respuesta.

No especificado general: En éste, se incluyen descripciones ambiguas, en las que no se sabe con certeza si se refiere o no a una discapacidad, porque se menciona sólo un órgano aislado, sin contexto, que no indica en forma categórica una discapacidad. O bien cuando hay una omisión de la respuesta. También se incluyen algunas descripciones que no indican el grado de la limitación.

Causas de la Discapacidad

Existen diferentes causas provocan una discapacidad en las personas; entre las causas más frecuentes que originan dicha condición se encuentran: las enfermedades congénitas transmisibles o infecto-contagiosas; desnutrición; abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.); conflictos armados; problemas sociales (como la violencia intrafamiliar y la delincuencia), entre otras.

Las causas del origen de la discapacidad son diversas, se relacionan con factores genéticos, enfermedades crónicas o agudas, violencia, sedentarismo, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, traumatismos, condiciones socioeconómicas, etc., es decir que las causas pueden ser de orden genético, congénito y/o adquirido. El censo de discapacidad del 2004 el INEGI señala que una de cada cinco personas con discapacidad la adquirió en el momento del nacimiento. El 17.7% de la población con discapacidad la adquirió de manera fortuita ante las situaciones de violencia de la sociedad o por accidente.

Rolander, Montes y Culebro (2008) clasifican estas causas en dos grandes grupos, las cuales son: discapacidades congénitas y discapacidades adquiridas. Las describen de la siguiente manera:

Discapacidad congénita: las causas congénitas o de nacimiento, son aquellas consideradas como existentes desde el nacimiento, o preexistentes antes de que

ocurra éste. Son aquellos caracteres o alteraciones que presenta el niño al nacer y que no necesariamente son heredados. Se pueden presentar en varios niveles en la vida del individuo:

a) Causas patógenas: se dan en el curso del desarrollo intrauterino. Estas pueden ser infecciosas, parasitarias, tóxicas, debidas a incompatibilidad sanguínea o incluso malas condiciones de la madre durante el embarazo. Algunas enfermedades como la sífilis o la rubéola o posiblemente otras como la toxoplasmosis que, al presentarse en los primeros meses del embarazo provoca malformaciones. El alcoholismo u otras intoxicaciones derivadas de hábitos o enfermedades de la madre afectan al feto, ocasionándole algún tipo de discapacidad.

b) Causas con relación al parto: los traumas obstétricos pueden ocasionar encefalopatías infantiles y pueden, ser el origen de retraso mental, incluso fuera de la existencia de todo síndrome neurológico, sobre todo en casos de anoxia neonatal o de hemorragias ínter craneanas, o rotura de vasos sanguíneos y de traumas craneanos. Estas deficiencias se pueden presentar por el mal uso de instrumentos quirúrgicos, como los fórceps, nacimientos cuando aún no están maduros todos los tejidos y órganos del niño.

c) Causas que preceden del medio neonatal: además de los mecanismos hereditarios o congénitos, las afecciones cerebro espinales en la primera infancia ocasionan graves discapacidades.

d) En ocasiones los trastornos de nutrición que sufre el niño en los primeros años de vida, traumatismos de cráneo, conmociones, contracturas, caídas, accidentes o situaciones de riesgo (como la violencia intrafamiliar, o por algún tipo de actividad o juego peligroso).

Discapacidad adquirida:

Actualmente un alto grado de personas adquiere cualquier tipo de discapacidad por algún evento traumático en su vida. Algunas de estas causas son:

a) Por enfermedad: por ejemplo alguna enfermedad crónica degenerativa, que son difíciles de curar y de larga duración, muchas de las cuales ocupan porcentajes altos de mortalidad como: la diabetes, el cáncer, enfermedades cardiovasculares, reumatismo, tuberculosis, parálisis cerebral, artritis, hernias, asma, etcétera. Algunas de éstas además de causar discapacidad si no son tratadas a tiempo son mortales.

b) Accidentes: cada vez es mayor el número de personas afectadas como consecuencia de accidentes de trabajo, deportivos o automovilísticos, además de los que se originan en la casa y pueden presentarse en cualquier momento de la vida.

c) Negligencia médica: en el área de la atención médica directa al público se han detectado casos en donde la falta de profesionalismo, aunado a la falta de equipo médico indispensable ha provocado la discapacidad de personas que van en busca de solucionar sus problemas de salud.

Las dos grandes de causas que provocan la discapacidad en las personas descritos por Rolander, Montes y Culebro (2008) nos muestran un panorama más amplio del momento en que se puede originar la discapacidad; eliminando con esto el concepto erróneo de que únicamente se nace con la discapacidad y retomando el Modelo Universal el cual se basa en que la población se encuentra en un constante riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento de la vida. Es importante señalar que las causas descritas anteriormente en ambos grupos son únicamente algunas de las posibles causas que ocasionan la discapacidad en las personas.

Epidemiología

Los censos y las encuestas que se han realizado en varios países han generado diversas aproximaciones a la magnitud de la discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente 10% de la población del mundo, esto es, aproximadamente 650 millones de personas presentan algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Si se incluye a los miembros de sus familias, el número de personas directamente involucradas con la discapacidad asciende a alrededor de 2,000 millones, casi un tercio de la población mundial. Por su parte, el Banco Mundial estima que aproximadamente entre el 10% y el 12% de la población mundial tiene discapacidad y que en el 25% de los hogares hay un integrante con alguna discapacidad (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Los resultados más relevantes sobre la discapacidad se encuentran integrados por la ONU, cuyo fin es elaborar estimaciones sobre el número de personas con discapacidad existentes en el mundo y sus principales regiones. De acuerdo a la información proporcionada por los diversos países la ONU logró, a partir de elementos básicos, elaborar las siguientes estimaciones: describen que en el mundo hay alrededor de 500 millones de personas con discapacidad (10% de la población mundial), donde 140 millones de niños y alrededor de 300 millones viven en países en desarrollo, lo que se traduce en que 297 millones de personas con discapacidad en el mundo no tiene posibilidad de ascender a una vida digna; en algunos países, el 90% de los niños no viven más de 20 años; así mismo, cada año a causa de la desnutrición, un millón de niños se convierten en discapacitados y finalmente la OMS estima que un 98% de las personas con discapacidad que viven en los países en desarrollo están en total desamparo, puesto que no son beneficiarios de ninguna asistencia médica gratuita ni de seguridad social (Rolander, Montes & Culebro, 2008).

En base al cumplimiento de acuerdos y compromisos internacionales respecto a la generación y producción de información sobre la población con discapacidad, se ha originado una Comisión Estadística de las Naciones Unidas (NUSD), en coordinación con las Oficinas Nacionales de Estadística, y los productores de información sobre personas con discapacidad se integró el Compendio de Datos Estadísticos sobre los Impedidos, el cual contiene información de 1975 a 1987 con la participación de aproximadamente 95 países; generándose información sobre discapacidad que se agrupó en una segunda versión de la base de datos llamada DISTAT. En esta base se publica que a pesar de los esfuerzos realizados por los distintos países y organismos internacionales, la NUSD advierten que la información generada por los diversos países con respecto a la discapacidad es amplia y diversa; provocando que los datos tengan una variación significativa, debido a aspectos conceptuales y de medición. En esta base afirman que para alcanzar una real comparación entre los países se requiere desarrollar clasificaciones y conceptos que puedan ser adoptados de manera uniforme (Rolander, Montes & Culebro, 2008).

En el Programa Nacional para el Desarrollo de las personas con Discapacidad (2009) señalan que en México se han realizado diversos esfuerzos para medir la prevalencia de la discapacidad desde hace varias décadas. Sin embargo, actualmente se desconoce la verdadera dimensión y comportamiento histórico de este indicador, ya que se han utilizado diferentes conceptos, clasificaciones y fuentes de información; además, no se ha evaluado el impacto de los programas ni de las estrategias que se han implementado en el país, lo que dificulta el diseño y la orientación adecuada de políticas públicas de atención a personas con discapacidad.

El INEGI realizó una clasificación para la codificación de tipos de discapacidad para el censo general de población y vivienda realizado en el 2000, con el fin de tener información detallada sobre la población con discapacidad, que sirviera de base para el estudio de la incidencia de estos problemas sobre la población y a la

vez proporcionar un marco de referencia para realizar estudios sobre la discapacidad. La clasificación se conformó por los siguientes grupos: discapacidades sensoriales y de la comunicación; discapacidades motrices o motoras; discapacidades mentales y discapacidades múltiples y otras.

Los resultados del XII censo general de población y vivienda realizado en el 2000, indican que en México habitan 235 969 niños con discapacidad, que fluctúan entre 0 y 14 años, del total de población con discapacidad representan el 1.8% de la población total (INEGI, 2004).

Este porcentaje es aparentemente bajo, sin embargo son muchas las personas que se ven involucradas en el tratamiento y/o convivencia de las personas con discapacidad, pero generalmente se enfoca la atención en las personas con discapacidad dejando a un lado a quienes los rodean.

En la tabla 1 se presenta la distribución porcentual por grupos de edad y tipo de discapacidad que se obtuvo en el XII censo general de población y vivienda realizado en el 2000. Donde se observa que en el grupo de cero a 14 años, el grupo de 30 a 59 años y el grupo de 60 o más años la discapacidad de tipo motriz es el de mayor porcentaje en esta población; y en el grupo de 15 a 29 presenta una mayor incidencia la discapacidad del tipo mental.

Tabla 1

Porcentaje de acuerdo al grupo de edad y tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad	EDAD EN AÑOS			
	0 a 14	15 a 29	30 a 59	60 ó más
Motriz	35.1%	31.4%	43.2%	55.1%
Auditiva	12.0%	11.2%	12.0%	21.0%
Lenguaje	10.3%	10.1%	4.7%	1.4%
Visual	15.1%	17.3%	28.7%	30.5%
Mental	33.9%	36.4%	15.7%	3.7%

Otros estudios realizados en nuestro país en los últimos años revelan diferentes aproximaciones a la magnitud de la prevalencia de discapacidad. En la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), efectuada en el 2003 por la Secretaría de Salud, estimaron la prevalencia de discapacidad en la población mexicana, con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Dicha medición se basó en el grado de dificultad en los dominios de salud: movilidad, función mental, estado de ánimo, actividades usuales, dolor y función social. Esta encuesta reportó la presencia de discapacidad en el 9% de la población mexicana. De acuerdo con los resultados de la ENED, 13 entidades federativas presentaron prevalencia de discapacidad superior a 10% en 2003, entre las que destacan Distrito Federal y Durango, donde casi 15 de cada 100 habitantes manifestaron tener algún grado de dificultad en los dominios de salud estudiados. Por el contrario, en el Estado de México y Tlaxcala, la prevalencia de discapacidad fue inferior al 5%, lo cual muestra la gran heterogeneidad que existen en los demás estados del país (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, 2009).

Asimismo, estudios realizados en 1992 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que la prevalencia de la discapacidad puede ser más alta en zonas rurales que en las zonas urbanas. Para México, de acuerdo con los resultados censales, la prevalencia de discapacidad fue ligeramente mayor en las comunidades rurales (2.7%), que en las urbanas (2.2%); sin embargo, el peso demográfico de la población en estos dos ámbitos influyó en la distribución de las personas con discapacidad, ubicándose 77.6% de las personas con esta condición en las localidades urbanas y 22.4% en las rurales.

La situación en México con respecto a la discapacidad está a cargo de programas como El Programa de Atención a Personas con Discapacidad a cargo del Sistema Nacional DIF, su objetivo es el de prestar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad o en riesgo de presentarla, con el propósito de contribuir a su integración social. Asimismo, de El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS); el cual tiene como objetivo conjuntar políticas de Estado y dirigir estrategias a las instituciones del sector público en los tres órdenes de gobierno, para favorecer el desarrollo integral y la inclusión plena de las personas con discapacidad y sus familias en la vida social y productiva del país, con absoluto respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales.

CAPITULO VI

METODOLOGIA DE LA EVALUACION

La evaluación es un proceso trascendente dentro de la rehabilitación de las personas con discapacidad ya que de ella depende la toma de decisiones para acciones subsecuentes. Es un procedimiento que involucra diversos factores y está inmerso en la rehabilitación profesional siendo esta una fase de la rehabilitación integral, a partir de este concepto es de esperarse que en ellas intervengan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

La evaluación ocupacional constituye un eslabón entre la fase de rehabilitación funcional y la rehabilitación profesional y es el punto de partida para el proceso de integración en formación profesional y la orientación. No se puede separar la orientación de la evaluación ocupacional o profesional. No se puede hacer una evaluación si no se ha llevado a cabo un trabajo previo de orientación pero no se puede llevar un proceso de orientación sin una previa evaluación de las capacidades.

La evaluación ocupacional se define como la “estimación y medición de las habilidades, capacidades, destrezas, aptitudes y potencialidades de una persona con respecto a un trabajo” (Duque de Manzur & López, 1998, p.12). En el curso básico de rehabilitación profesional (OIT, 1973, como se citó en Acero, 1992, p.42) se define la evaluación como “la estimación y medición de potencialidades totales de la persona para desempeñar una actividad productiva de acuerdo con los estándares establecidos para ella, lo cual exige que no sólo sea de su formación profesional y de sus aptitudes potenciales para emplearse, sino también de los factores conexos, médicos, sociales, psicológicos y escolares que influyen en su capacidad y en sus potencialidades de trabajo”.

Se realiza cuando la persona con discapacidad ya está en condiciones de ser valorada en sus capacidades o potencial, es cuando ya ha concluido el proceso de rehabilitación funcional. Cuando la evaluación de las aptitudes se realiza lo más pronto posible permite orientar la rehabilitación integral hacia metas determinadas desde el punto de la rehabilitación profesional para lo cual el equipo rehabilitador y en particular el evaluador deberá contar con la suficiente claridad del diagnóstico y pronóstico funcional.

En la historia de la rehabilitación integral han contribuido diversas disciplinas en el proceso de la evaluación profesional, tales como la psicología, ingeniería industrial, terapia ocupacional, medicina y pedagogía. La evaluación debe ser parte de un equipo multidisciplinario dada la complejidad de la misma y la intervención de múltiples factores a investigar como características de personalidad, origen y repercusiones de la discapacidad en el individuo y la familia y el mundo del trabajo, sin embargo debe ser el psicólogo el principal protagonista de esta actividad dada su formación y amplio conocimiento en el comportamiento humano en la salud y en la enfermedad, su pertenencia a un grupo social y el manejo, aplicación e integración de estudios de personalidad a partir de la aplicación de pruebas psicológicas.

GLARP refiere que las técnicas más utilizadas en la evaluación ocupacional son las de ejecución, muestras de trabajo y ocupacionales, sistemas comerciales de evaluación y la que se realiza en el puesto de trabajo.

Las pruebas de ejecución son empleadas para medir destreza manual. Se define a la destreza como las aptitudes específicas que involucran la movilidad de las extremidades superiores en coordinación con la movilidad de los ojos, es decir la habilidad para mover los brazos, manos y dedos de manera rápida y precisa.

Las pruebas de destrezas son importantes en la evaluación ocupacional de personas con discapacidad, las más conocidas son: *Crawford Small Parts*

Dexterity Test; O'Connor Dexterity Test; Purdue Pedboard; Pennsylvania Bimanual Works Sample (Acero, 1989).

Las pruebas de aptitudes especiales son empleadas para identificar aptitudes visuales, auditivas y de destreza motora para las áreas especiales de mecánica, artísticas y musicales.

Pruebas de funciones motoras empleadas para identificar la movilidad, coordinación y tiempos de reacción.

Las muestras de trabajo son las más empleadas para la identificación de factores ocupacionales y se definen como una actividad ocupacional que involucra tareas, herramientas y materiales similares a los que se emplean en un puesto real de trabajo y se emplean con la finalidad de identificar habilidades físicas y mentales. Pueden ser una simple simulación de un solo componente del trabajo o una reproducción completa de la ocupación. La simulación permite controlar y observar factores como en una situación real de trabajo (Acero, 1989).

La evaluación en el puesto de trabajo es la que más se aproxima a una situación real y se dirige a identificar características de personalidad más que a factores vocacionales; puede llevarse a cabo en espacios reales de trabajo o en talleres protegidos.

Las reseñas históricas acerca de la evaluación ocupacional o profesional señalan que las primeras se ubican en Argentina, alrededor de la década de los 30s en asociaciones no gubernamentales, cuya metodología permitía evaluar, orientar y conseguir empleo a las personas con discapacidad (Duque de Manzur & López 1998).

El sistema TOWER (*"Testing, Orientation and Work Evaluation in Rehabilitation"*) se desarrolló en los Estados Unidos por el *Institute for the Crippled and Disabled*,

Nueva York, E.U., también por el año 1937, batería que medía más de cien tareas de trabajo incluidas dentro de 14 áreas ocupacionales. En los años cuarentas los servicios de orientación vocacional en Latinoamérica utilizaban pruebas proyectivas y baterías de evaluación para poder identificar las aptitudes e intereses vocacionales antes de la elección de la carrera profesional de jóvenes “sanos”. Los países de América Latina fueron fuertemente influenciados por la escuela francesa y de la española, esta última por la facilidad del idioma. (Duque de Manzur & López 1998).

En Argentina ya se llevaban a cabo los servicios de orientación profesional para personas con discapacidad y usaban pruebas para población “normal” pero con adaptaciones para personas ciegas y sordas.

La segunda guerra mundial marcó un cambio importante en los servicios y técnicas que hasta entonces se empleaban. Por el desplazamiento de la fuerza de trabajo al frente de guerra fue necesario emplear a las personas con discapacidad en los puestos de trabajo desocupados dentro de la industria. Henry Ford decía que se requería integridad física y mental para incorporarse a la fuerza de trabajo productiva y se demostró con la presencia de las personas con discapacidad que se requería tan sólo el 10 ó 15% de sus capacidades para ser igualmente productivos lo que provocó cambio en las políticas y las pruebas de evaluación ocupacional.

En 1945 Guatemala con asesoría de la OIT estableció el servicio de rehabilitación profesional en el Hospital de Rehabilitación utilizando pruebas muy sencillas para la población analfabeta que sólo reproducían “gestos” representativos de los oficios.

En Argentina también asesorada por la OIT en el año de 1959 creó un Centro de Rehabilitación profesional donde utilizaba pruebas proyectivas como complemento de la rehabilitación ocupacional.

En 1966 se formó el primer programa formal de evaluación vocacional en *Stout State University* (actual universidad de *Wisconsin-Stout*). En este mismo año se diseñó la primera prueba VALPAR compuesta por 16 muestras de trabajo.

En 1973 en Bogotá, Colombia se inició el Centro de Rehabilitación Profesional con una unidad de evaluación ocupacional asesorada por la OIT y dictó cuatro cursos de rehabilitación profesional con énfasis en técnicas de evaluación.

En 1974 en República Dominicana se organizó una unidad de evaluación ocupacional que utilizaba muestras de oficios junto con pruebas psicológicas.

En 1976 comenzó a funcionar el Centro de Rehabilitación Profesional en Venezuela, con una unidad de evaluación ocupacional. En este mismo año la OIT organizó en México y Venezuela cursos de evaluación de aptitudes para personas con discapacidad.

En 1980 se inició la evaluación ocupacional dentro del Centro de Rehabilitación Profesional de Industrias Peruanas de Buena Voluntad, de Lima, Perú.

En 1983 a raíz del aumento de solicitudes de atención a personas con discapacidad intelectual se redefinen los objetivos de la evaluación ocupacional prevalecientes hasta esa fecha por lo que en 1986 con asesoría del GLARP (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional) se implementan las unidades de evaluación ocupacional.

En este mismo año en México se abre el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa del DIF Nacional con el área de Evaluación de Aptitudes y Desarrollo de Habilidades para el Trabajo en la que se establece el área de evaluación de aptitudes a través de las muestras de trabajo de los sistemas Valpar, Vitas, y computarizados MESA y Apticom, formado con apoyo de la

asociación judía-pro México, siendo éste el primer centro en el país y de Latinoamérica con estos equipos.

Metodologías más conocidas:

Modelo de Desarrollo Vocacional se inició en 1968 en la Universidad de Wisconsin para entrenamiento de estudiantes de un master en evaluación ocupacional. La evaluación tiene duración de una semana y empleaba pruebas psicológicas y de trabajo.

Modelo de *Mankato Rehabilitation Center, INC.* Proyecto Hamlet. Este centro cuenta con dos unidades de evaluación ocupacional, una de ellas para personas sin experiencia laboral, problemas de comportamiento y limitación intelectual, esta evaluación dura de dos a cuatro semanas. La otra unidad está dirigida a personas con lesiones en el trabajo y dura de tres a cinco días, el perfil se compara con los 12099 perfiles integrados en el Diccionario de Títulos Ocupacionales y la Guía de Exploración Ocupacional del Departamento del Trabajo de Estados Unidos.

Modelo de Evaluación Ocupacional propuesto para la industria. Este modelo es parte de un estudio del rol del terapeuta ocupacional en la industria. Destaca la importancia de la concordancia de las condiciones de trabajo con las habilidades y expectativas del trabajador.

Modelo del *Sister Kenny Institute*. Es un modelo de evaluación ocupacional a corto plazo. Ofrece una evaluación médica-vocacional completa para limitaciones físicas y mentales. Hace énfasis en la identificación de habilidades ocupacionales transferibles, habilidades actuales, tolerancia física, edad y nivel educativo. Su duración de aplicación es de 3 a 5 días.

Modelo Integral de Evaluación Ocupacional (MIEO). Es una evaluación diseñada por Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, para cubrir las carencias de sistemas confiables, válidos y objetivos de bajo costo para América

Latina, con la posibilidad de trasladarla a distintos lugares y que fuera específica para personas con discapacidad y con perfiles laborales adecuados a la población. La investigación duró 8 años y los resultados han sido probados en diferentes países.

El MIEO es una batería de evaluación ocupacional que pretende identificar las discapacidades que pudieran interferir y las que no en el desempeño de ciertas tareas ocupacionales, da como resultado el perfil de habilidades del evaluado, es decir que identifica claramente la discapacidad que dificulta el desempeño de alguna actividad. Permite comparar el perfil del evaluado con el de los empleos calificados. Los factores que se analizan en el evaluado son los mismos que se identifican en el perfil de las ocupaciones existentes en la comunidad, por lo que estas equiparaciones son precisas y objetivas. Identifica las discapacidades y propone que las características consideradas normales sean identificadas con otras pruebas de mayor precisión.

Define a la evaluación ocupacional como la estimación y medición de las habilidades, capacidades, destrezas, aptitudes y potencialidades de la persona con respecto al desarrollo de una actividad productiva, mediante un proceso de recolección, ordenamiento y valoración de la información en relación con el individuo y con el puesto de trabajo. Debe indicar el nivel de realización del individuo y señalar cualquier limitación y contraindicación, así como las capacidades que deberán considerarse en la orientación hacia un tipo determinado de actividad ocupacional.

La evaluación utiliza una escala de 0 a 4 que corresponde la ausencia o presencia mínima de algún factor hasta la capacidad normal promedio esperada, respectivamente. Capacidades superiores no son valoradas con el MIEO pues consideran que de poseerlas no requieren de los servicios de apoyo de la Rehabilitación Profesional. Se conforma por 8 categorías de evaluación del trabajo:

Condiciones ambientales: característica física en las cuales se realiza el trabajo y los factores de riesgo.

Nivel de calificación: señala los factores de desempeño como las habilidades, capacidad mental y conocimientos de las actividades a realizar.

Nivel de esfuerzo: determina el nivel de fuerza que se requiere en el desempeño de una actividad específica.

Funciones del trabajador: identifica la relación entre los criterios de datos, personas y cosas.

Recursos materiales: se señalan los equipos, materiales y herramientas de trabajo requeridas para el desempeño de la actividad.

Productos del trabajo: se señalan los resultados como producto del trabajo.

Rasgos del trabajador: son las características que el trabajador debe poseer para el desempeño de las funciones del puesto.

Los rasgos del trabajador se clasifican en 8 factores y se califican con la escala de 0 a 4.

Procesos mentales: atención, concentración, memoria, capacidad de observación, iniciativa, comprensión espacial.

Sensopercepción: identifica visión, percepción de color, percepción de forma, percepción de tamaño, percepción temporal, orientación espacial, audición, ubicación de la fuente sonora, discriminación auditiva, sensibilidad superficial, estereognosia (sensibilidad táctil y muscular), barognosia (sensibilidad a la forma, tamaño y peso) , propiocepción (sensibilidad al movimiento y al equilibrio), sentido

cinético o cinestésico (sensaciones musculares del movimiento de diferentes partes del cuerpo y posición espacial) y olfato.

Motricidad gruesa: identifica desplazamiento, transporte de peso, alcanzar, hablar, empujar, levantar, posición sentado, de pie, de rodillas, en cuclillas, equilibrio estático.

Motricidad fina: agarres, exactitud, agilidad y armonía.

Comunicación: oral y gestual.

Conocimientos académicos: lectura, escritura y matemáticas.

Condiciones del ambiente organizacional: jornada, periodos de descanso, adaptación.

Responsabilidad: responsabilidad por herramientas y equipos, materiales y productos, información y valores, responsabilidad por el trabajo de otros; responsabilidad por la seguridad de otros.

La evaluación de la persona se hace a partir de la identificación de seis factores en la que involucran a tres profesionales de la rehabilitación para el llenado independiente del formato de cada uno de los factores, estos son el terapeuta ocupacional, el psicólogo y la trabajadora social. La evaluación tiene una duración de 15 a 18 horas, y de 5 a 8 días si se incluye la observación de la simulación de trabajo, los aspectos que se identifican son:

Identificación: los datos que se integran en la ficha de identificación, nombre, edad, procedencia, dirección, teléfono, estado civil, escolaridad, profesión u oficio, tipo de discapacidad y tiempo de la misma.

Aspecto socioeconómico: composición familiar, condición económica, tipo de vivienda e historia laboral.

Aspecto médico: sólo en casos en que se requiera por la complejidad de cada uno, para esclarecer la complejidad del diagnóstico y pronóstico desde este punto de vista.

Aspecto psicológico: énfasis en factores de personalidad, observación del candidato en simulación de trabajo (autoestima, tolerancia a la frustración, valores, autonomía). Procesos de duelo por la discapacidad, relaciones interpersonales, motivación e intereses (identificables a partir de pruebas específicas). Dinámica familiar.

Análisis del comportamiento ocupacional: evaluado a través de entrevista, pruebas y observación en simulación de trabajo.

El MIEO evalúa el área ejecutiva la cual se compone de habilidades, ejecución de actividades de la vida diaria, uso de tiempo libre y factores requeridos para la ejecución del puesto en categorías las que se pueden indagar a través de la entrevista con la familia o en la observación directa en visita domiciliaria, estas categorías son:

- Independiente: realiza actividad sin ayuda de supervisión
- Parcialmente independiente: requiere ayuda o supervisión
- Dependiente: sin posibilidad de realizar la actividad.

Las investigaciones que el GLARP ha hecho con respecto a la aplicación de este modelo de evaluación señalan como ventajas el uso de formato único que es llenado por el equipo interdisciplinario y evita repeticiones innecesarias para el paciente; el protocolo de llenado recopila suficiente información ocupacional del evaluado; análisis breve y sencillo pero ofrece información de importancia para la

conformación de un perfil de empleo y de utilidad en el proceso de la orientación ocupacional; identificación de las capacidades del evaluado y facilidad de identificar el perfil ocupacional semejante (Duque de Manzur, 1998).

Muestras de trabajo son definidas como una actividad ocupacional que incluye tareas, materiales y herramientas similares a las que se usan en un puesto real de trabajo, que se utilizan para valorar las actividades físicas y mentales de un individuo (Acero, 1989).

CAPITULO VII

SISTEMA DE EVALUACIÓN POR MUESTRAS DE TRABAJO VALPAR

Desde 1969 importantes investigaciones en el campo vocacional y de la rehabilitación, así como experimentados educadores y evaluadores vocacionales sugirieron un procedimiento diferente y alternativo de evaluación por medio de muestras de trabajo que pudieran reconocer características universales del trabajador. Las muestras de Valpar fueron inicialmente diseñadas con la finalidad de identificar tales características y han mantenido constantemente investigaciones para la estandarización de las muestras y para encontrar indicadores básicos de éxito dentro de los grupos de trabajo que demandan las aptitudes observadas y medidas en cada una de las muestras de trabajo. Este sistema fue desarrollado por la “*Valpar Corporation*” en Tusón, Arizona y es uno de los sistemas más nuevos por muestras de trabajo diseñado inicialmente para identificar el desempeño en trabajadores lesionados en la industria.

La estructura de las muestras de trabajo de Valpar permite al evaluador integrar o combinar cada componente con otros sistemas similares con la finalidad de obtener mayor precisión en el proceso de la evaluación vocacional.

El sistema de evaluación Valpar está integrado por 19 muestras de trabajo diseñadas para identificar las aptitudes, habilidades, temperamentos e intereses de las personas. Para comparar sus resultados cuenta con diferentes grupos estadísticos que incluyen a trabajadores competentes y con experiencia como empleados de la fuerza aérea de los Estados Unidos, grupo normativo de personas con limitaciones culturales y educativas y grupos especiales con discapacidad tales como ciegos y débiles visuales, sordos, deficientes mentales

independientes y de custodia y menores infractores, además de normas MTM (métodos, tiempos y movimientos) que son los requerimientos que un empleo competitivo exige para la integración laboral.

Este sistema define a las aptitudes como capacidades innatas que se desarrollan a lo largo de la vida en función de las oportunidades que el medio ambiente le brinda y se pueden demostrar en una amplia gama de actividades. Representan la posibilidad de un futuro desempeño y puede fijar los límites del logro en determinada actividad (Kottke & Lehmann, 1993). Las aptitudes son la capacidad para aprender rápidamente una actividad o tarea y se miden para hacer predicciones sobre el éxito de una capacitación o un empleo, cuando se logran niveles altos de habilidad o aprendizaje se involucran otros factores de personalidad como la motivación, la perseverancia o los intereses entre otros.

Las aptitudes que comúnmente son usadas en los sistemas de evaluación por muestras de trabajo son las que se definieron ampliamente en el *General Aptitud Test Battery* (GATB). Con este test se ha tenido la posibilidad de definir claramente las aptitudes generales y las específicas, refiriéndose a la primera categoría como la capacidad general de aprendizaje y la segunda propiamente como aptitudes, así como las diferencias cualitativas entre capacidad, aptitud y destreza.

El entrenamiento y posibilidad de poner en práctica estas aptitudes van constituyendo las habilidades las cuales son definidas como la pericia demostrada en actividades consecuencia de un entrenamiento o de la práctica específica.

A partir de las investigaciones realizadas por el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos se han definido nueve aptitudes las cuales se presentan en una amplia variedad de empleos y han sido utilizadas por el GATB, las que se definen de la siguiente manera:

G. Inteligencia o aptitud general de aprendizaje: es la capacidad de comprender las instrucciones y los principios subyacentes. Incluye la capacidad para razonar, para resolver problemas y para emitir opiniones. Se relaciona ampliamente con el desempeño escolar.

V. Aptitud Verbal: es la capacidad para comprender el significado de las palabras y para emplearlas de manera efectiva. Incluye la capacidad para comprender el lenguaje, para entender la relación entre las palabras y el significado de las oraciones y de un texto en general. La aptitud verbal es la capacidad más notable y fácil de reconocer, y con frecuencia la base de los criterios causales de la inteligencia.

N. Aptitud numérica: se refiere a la capacidad para efectuar operaciones aritméticas en forma rápida y precisa. Las aptitudes verbal y numérica constituyen los componentes primarios de la inteligencia general medida por el GATB.

S. Aptitud espacial: es la capacidad para pensar visualmente en formas geométricas y para comprender las representaciones tridimensionales de objetos bidimensionales. Incluye la aptitud para reconocer las relaciones que resultan del movimiento de los objetos en el espacio. La aptitud espacial es un factor importante de la capacidad mecánica, que en sí misma no se considera como una aptitud básica pero tiene elementos de varias aptitudes básicas diferentes.

P. Percepción de forma: es la aptitud para percibir detalles pertinentes en objetos o en material gráfico o pictórico. Incluye la capacidad para efectuar comparaciones y discriminaciones visuales y para detectar pequeñas diferencias en formas y matices de colores de las figuras y en la anchura y longitud de las líneas. Junto con la aptitud espacial, la percepción de la forma es importante en las tareas comerciales que requieren habilidad y en muchas otras ocupaciones relacionadas con la fabricación y el ensamblaje. Es probable que esta aptitud sea también un factor de la aptitud mecánica.

Q. Percepción de oficina: es la aptitud para percibir los detalles apropiados en material verbal o presentado en tablas o en forma gráfica. Incluye la capacidad para observar diferencias en copias, para corregir palabras y números en pruebas y evitar los errores perceptuales en los procesos aritméticos.

K. Coordinación motora: es la capacidad para mover y coordinar en forma rápida y exacta los ojos, las manos o los dedos, para realizar los movimientos precisos. También es la capacidad para producir una respuesta a un movimiento del cuerpo en una forma exacta y rápida.

F. Destreza digital: es la capacidad para mover los dedos y digitar pequeños objetos en forma eficiente.

M. Destreza manual: es la capacidad para mover las manos con facilidad y habilidad. Incluye la destreza para trabajar con las manos en movimientos de colocación y rotación, incluyendo la muñeca.

El sistema Valpar integra dos aptitudes más que no fueron medidas por el GATB pero que han sido observadas en un amplio grupo de empleos, estas son:

E: Coordinación ojo mano pie: es la capacidad para mover con rapidez y exactitud los ojos manos y pie, fundamentalmente en la operación de máquinas, pedales o vehículos en movimiento.

C. Percepción de color: es la capacidad para identificar de manera rápida y precisa los colores y las diferencias de tonalidad y brillantez.

Las aptitudes cognoscitivas, como el discernimiento, el razonamiento abstracto y los diferentes niveles de memoria son importantes en el desempeño de una ocupación pero no han sido descritas ni investigadas por el GATB ni incluidas en

las muestras de trabajo de Valpar por lo que son identificadas con otras herramientas psicológicas en caso de ser necesario.

La habilidad es la pericia aprendida que comprende la mayor parte del repertorio de conductas ocupacionales de cada persona. Las aptitudes influyen sobre el desarrollo de las habilidades, pero estas representan el nivel del desempeño logrado. Las habilidades generalmente resultan afectadas o deterioradas cuando una persona sufre una discapacidad. La rehabilitación ocupacional debe identificar habilidades que pueden desarrollar en suplencia de las alteradas a partir del reentrenamiento o entrenamiento especial.

El objetivo de la evaluación de aptitudes es identificar las habilidades que pueden dirigirse a un empleo previo o a uno nuevo, de lo contrario identificar las que se pueden habilitar para el desempeño de una actividad diferente.

El sistema de evaluación de Valpar se integra por 19 muestras de trabajo, cada una de ellas mide diferentes aptitudes que son comparadas con un grupo de trabajos que involucran una o más de estas aptitudes. Dos de las muestras están diseñadas para identificar las aptitudes de grupos “especiales”, como personas con discapacidad intelectual y con discapacidad visual, y algunas de las restantes pueden ser adaptadas para estos grupos ya que no necesariamente fueron diseñadas para ellos.

Muestra 1. Herramientas Pequeñas.

Esta muestra mide la habilidad para trabajar con herramientas manuales en espacios reducidos. La persona debe manipular diferentes herramientas, tales como: desarmadores, pinzas y llaves y mostrar habilidad de coordinación motora, destreza manual y digital.

La ejecución se divide en 6 ejercicios cronometrados, en 5 ejercicios se hace la tarea de ensamble y en el último la tarea de desensamble.

Esta muestra de trabajo puede ser aplicada a personas con o sin discapacidad ya que tiene aditamentos especiales para personas ciegas.

Mide el conocimiento de la persona sobre el uso de herramientas pequeñas y la habilidad para utilizarlas en tareas prolongadas y repetitivas. Así como la perseverancia física y la tolerancia a la frustración y con demandas físicas a las que debe adaptarse en condiciones reales.

Muestra 2. Discriminación de tamaños:

Esta muestra de trabajo mide la habilidad para ejecutar tareas en las que se requiere de discriminación visual, coordinación motora y destreza manual y las demandas físicas 1,4 y 6. Esta muestra se relaciona con ocupaciones que involucran examinar y medir con el propósito de clasificar y categorizar una tarea bajo supervisión estrecha. Se puede aplicar a personas con discapacidad entre ellas a ciegos y débiles visuales ya que se cuenta con aditamentos especiales.

La sección de ejecución se aplica en dos partes: ensamble y desensamble y cada sección se mide independientemente y el tiempo se cuantifica en segundos. La tarea consiste en identificar visualmente las diferencias de tamaño en 32 tornillos que sobresalen de una superficie plana y atornillar una tuerca a cada uno de ellos, escogiendo la más apropiada al tamaño. En esta muestra se mide la calidad o precisión de la tarea y la rapidez. El ensamble se realiza con la mano dominante y la sección de desensamble con ambas manos. El evaluado puede familiarizarse con la tarea con una sección de práctica previa a la de prueba y retroalimentarse de su ejecución ya que puede identificar los aciertos y los errores y corregirlos dentro de la sección correspondiente.

Muestra 3. Clasificación numérica:

Mide la habilidad para ejecutar tareas en las que se demanda usar números o series numéricas, clasificar, archivar y categorizar de acuerdo a un orden numérico. Las aptitudes principales que se identifican en la ejecución de ésta tarea

son: percepción de forma, detalles de oficina, coordinación motora, destreza manual y digital y se observan las demandas físicas 1, 4 y 6. La muestra de trabajo se relaciona con tareas ocupacionales como examinar, clasificar, contabilidad, archivo, recepción de información escrita y verbal, codificación y registro de datos e inventarios. La sección de ejecución involucra dos procesos, la transferencia de tarjetas numeradas del tablero I al II y la segunda sección de regreso a su posición original. En ambos procesos se cuantifica el tiempo empleado para la ejecución en forma independiente.

Muestra 4. Rango de movimiento de extremidades superiores:

Esta muestra permite identificar el rango de movilidad de las extremidades superiores en espacios reducidos, incluyendo hombros, brazos, manos y dedos. Las actividades relacionadas con esta muestra de trabajo son fundamentalmente coordinación motora, destreza manual y digital además de demandas motoras y perceptuales de: alcanzar, manipular, digitalizar, sentir y ver.

Consiste en ensamblar una serie de tuercas dentro de un cubo que contiene tornillos fijos de dos tamaños diferentes a través de una abertura de la cara frontal del mismo. La muestra de trabajo se aplica en dos secciones; el ensamble y desensamble. La primera sección se divide en cuatro de manera independiente, es decir el ensamble del panel superior, panel inferior, el lateral y por último el frontal con la mano derecha en el lado opuesto del cubo, es decir el izquierdo, la misma actividad se repite posteriormente pero con la mano no dominante en la cara opuesta del cubo y finalmente la sección de desensamble se realiza con la mano que el evaluado elija para retirar todas las tuercas de manera indistinta. El tiempo se mide en segundos para cada sección, se cuantifican los errores, los resultados se contrastan con el grupo normativo que corresponda a cada evaluado. Esta muestra de trabajo puede ser aplicada para personas con discapacidad visual.

Muestra 5. Aptitud y comprensión para actividades de oficina:

Esta muestra de trabajo mide la habilidad de una persona para aprender y ejecutar gran variedad de tareas de oficina y brinda al evaluador la oportunidad de observar la capacidad que posee el evaluado para aprender a concentrarse y seguir instrucciones. Mide características importantes como inteligencia o capacidad general de aprendizaje, aptitud verbal, numérica, percepción espacial y de forma, percepción de detalles de oficina, destreza manual y digital.

La muestra 5 se integra por tres secciones: oficina general, contabilidad y mecanografía. Las tareas que se demandan en la muestra son clasificación de correspondencia y una simulación simultánea de contestar el teléfono. Un *cassette* reproduce gradualmente una serie de conversaciones, lo cual requerirá que el evaluado suspenda momentáneamente la labor de clasificar correspondencia para que pueda anotar el recado telefónico; posteriormente deberá realizar una tarea de archivo por orden alfabético. En la segunda sección, contabilidad, existen tres ejercicios diferentes en los que se utiliza la calculadora. Estos ponen énfasis en la precisión y las habilidades matemáticas básicas al momento de registrar datos numéricos. En la sección de mecanografía se utiliza una máquina de escribir modificada la cual neutraliza cualquier conocimiento previo de mecanografía. Esta sección mide las habilidades de coordinación al escribir a máquina. El desarrollo y diseño de ésta sección elimina muchas variables que complican la medición de la aptitud para mecanografiar en las pruebas tradicionales.

Muestra 6. Solución de problemas independientes:

Mide la habilidad para trabajar en tareas que requieren de comparación visual y la selección adecuada de diseños abstractos. Las características importantes que evalúa incluyen: Razonamiento (desarrollo educativo general), inteligencia o capacidad general de aprendizaje, aptitud numérica, percepción de forma, espacial y de color, coordinación motora, destreza manual y digital.

En el desarrollo de esta actividad se le presentan al evaluado una serie de tarjetas con figuras geométricas de diferentes colores las cuales se deben comparar con un modelo o patrón maestro. Cada tarjeta se compara con el modelo. Se presentan 5 figuras geométricas cada una de diferente forma y color y deben ser comparadas una a una con el modelo, si la figura que debe identificar no está del mismo color al de la muestra deberá marcarlo en la hoja de respuestas con una perforación en la numeración adecuada. Son 50 tarjetas y cada una contiene 5 figuras de diferente forma y color.

El puntaje de ejecución indica la habilidad del evaluado para ser un trabajador exitoso en aquellas ocupaciones que requieren de comparar artículos de manera rápida y resolver problemas basándose en detalles específicos, verificar, checar artículos con precisión y consistencia y llevar registros. La muestra puede ser aplicada a personas con discapacidad, a excepción de la visual.

Muestra 7. Clasificación multinivel:

Esta mide la habilidad para tomar decisiones mientras realiza tareas que requieran de manipulación y discriminación visual de colores, números y letras y una combinación de estos factores. Las características importantes que evalúa son: capacidad general de aprendizaje, percepción espacial, de color y detalles de oficina, así como destreza manual y digital.

La actividad requiere que el evaluado clasifique y coloque apropiadamente fichas cuadradas, atendiendo a detalles de color, color-letra, color-número, y color-letra-número. Los errores y el tiempo empleado para la realización de la muestra son factores importantes para determinar el nivel de supervisión que requiere el evaluado.

Muestra 8. Simulación de ensamble:

Mide la habilidad para trabajar en tareas de ensamble sobre línea de producción automatizada. Demanda de aptitudes como: coordinación manual y digital,

percepción de forma, espacial y de color. La actividad consiste en realizar una serie de ensambles pequeños sobre una rueda en movimiento con orificios en los que se deberá colocar el ensamble de tres piezas armadas correctamente, que al ser colocadas sobre la rueda de ensamble gira permanentemente y permite el paso del ensamble debajo de un receptor eléctrico que va contando la cantidad de ensambles que se realizan durante 20 minutos y a velocidad de 3 revoluciones por minuto. A mayor número de ensambles realizados en éste tiempo mejor puntaje obtiene el evaluado y la posibilidad de considerarlo apto para empleos en líneas de producción o con maquinaria eléctrica de alimentación. Esta muestra puede ser aplicada a personas con o sin discapacidad y para personas ciegas o débiles visuales se emplean aditamentos en relieve de fácil identificación a través del tacto y un pedal que regula la movilidad de la rueda de ensamble a 6 revoluciones por minuto.

Muestra 9. Rango de movimiento corporal:

Mide la habilidad de realizar movimientos corporales gruesos con el tronco, cuello, brazos, manos, piernas y dedos, para simular en trabajo bajo estas demandas físicas. Es una evaluación general no médica de los rangos del movimiento del cuerpo y para medir también posiciones corporales comunes o poco usuales y la relación con la fatiga al adoptar diferentes posturas corporales por periodos medios a largos. Requiere de agacharse, arrodillarse, acuclillarse, alcanzar, manipular, digitalizar, sentir y ver. Demanda aptitudes perceptuales de forma y espacio, coordinación motora, destreza digital, destreza manual y coordinación ojo mano. Es una excelente herramienta para observar actividades laborales relacionadas con la movilidad y el uso de brazos, manos y dedos.

El evaluado se coloca frente a un armazón compuesto de cuatro paneles ubicados en diferente altura, uno deberá estar colocado a la altura de su cara y el segundo panel aproximadamente 60 cm por encima de su cabeza de tal manera que alcance los objetos al estirar sus brazos, el tercer panel queda a la altura del estómago y el último a la altura de las rodillas.

La tarea consiste en trasladar las 3 figuras atornilladas en el panel 1 que se encuentra a la altura de su cara al 2 que se encuentra sobre su cabeza, desatornillando una por una previamente y trasladarlas al panel siguiente atornillando la figura en posición correcta con la mano dominante mientras la sostiene con la mano no dominante, después debe volver a desatornillar figura por figura para trasladarlas al panel 3 que se encuentra a la altura del estómago, el mismo procedimiento se sigue para trasladar las piezas del panel 3 al 4 que se ubica a la altura de las rodillas y por último a la posición original. En cada traslado el evaluado debe quitar un total de 22 tornillos y volver a ponerlos de uno en uno mientras sostienen la figura con otra mano. Las figuras están ubicadas de tal manera que el evaluado es forzado a girar su tronco a la derecha y a la izquierda y sus brazos hacia arriba o hacia abajo. En cada transferencia se realiza un breve cuestionario a fin de identificar reacciones físicas de estrés muscular provocadas por las distintas posiciones corporales.

Esta muestra puede ser aplicada a personas con o sin discapacidad bajo las características mencionadas, si se aplica a apersonas con discapacidad visual se utilizan aditamentos especiales para facilitar la identificación de las figuras a través del tacto.

Muestra 10. Medición en tres niveles:

Mide la habilidad para realizar tareas de inspección y medición de diversa complejidad. Consiste en identificar en 61 piezas troqueladas incluyendo las de la sección de práctica que estén correctamente diseñadas, de tal manera que el evaluado deberá hacer la inspección visual, táctil y con apoyo de diferentes instrumentos de medición de cada una de las piezas a fin de localizar algún error, y seleccionarlas de acuerdo a éste, de lo contrario deberá colocarlas en el compartimiento de piezas totalmente correcta. Los instrumentos de precisión que se utilizan son una regla para medir la longitud del cuerpo de la pieza, un micrómetro para medir el grosor y el vernier para medir uno de los extremos de la misma.

Las aptitudes que se identifican en esta muestra de trabajo son: razonamiento (desarrollo general educativo), capacidad general de aprendizaje (inteligencia), percepción espacial y de forma, identificación de detalles de oficina, destreza digital y destreza manual. La muestra también se relaciona con ocupaciones en las que se involucran las manos en el uso de herramientas, aplicación de juicios y capacidad para tomar decisiones.

Esta muestra de trabajo también se aplica a personas con discapacidad visual, las instrucciones gráficas se suplen por instrucciones en Braille y los instrumentos de medición se colocan fijos con la medida correcta en soportes especiales a través de las que tendrá que igualar los tamaños y dimensiones de la pieza.

Muestra 11. Coordinación ojo mano pie:

Esta muestra de trabajo se utiliza para medir la coordinación del movimiento de los ojos, manos y pie simultáneamente. Consiste en conducir 13 balines por un camino o laberinto haciéndolo mover de izquierda a derecha con ambas manos y con el pie pisa un pedal para moverlo hacia delante o hacia atrás para intentar conducir el balón. El laberinto contiene 13 orificios numerados del 1 al 13 que son los puntos que se obtienen si cae en alguno de ellos. Se intenta llegar lo más adelante posible para intentar obtener el mayor número de puntos en el menor tiempo posible. El ejercicio se repite en tres ocasiones. Se registran los puntos de cada orificio donde cae el balón y al final se suman para obtener el puntaje total de los tres ejercicios, así como tiempo que se tardó en cada uno de los tres intentos y se cotejan los resultados con las tablas correspondientes a su grupo normativo.

Mide la capacidad general de aprendizaje, percepción espacial, coordinación motora, destreza digital, destreza manual y coordinación ojo mano pie. Los resultados se relacionan con empleos que demandan el uso de maquinaria, vigilar o alimentar el funcionamiento de maquinaria con uso de pedales.

Muestra 12: Soldadura e inspección:

Mide la habilidad para realizar tareas de soldadura, ensamble de alambres y circuitos, aplicar habilidades básicas necesarias para ejecutar trabajos de soldadura con diferentes grados de complejidad. Mide destreza manual y digital, capacidad general de aprendizaje, percepción espacial y formal y capacidad para realizar juicios.

Se utilizan diferentes herramientas manuales como pinzas de punta que cortan y pelan cable, cautín y soldadura. La muestra se aplica en tres secciones y se toma el tiempo en cada una de ellas, previa sección de práctica para que el evaluado se familiarice con la tarea. En la primera sección debe cortar alambres de determinada longitud retirar el aislante usando las pinzas de punta y unirlos enrollarlos y después aplicar soldadura. En la segunda sección se colocan 6 terminales eléctricas en un panel y se fijan con soldadura usando el cautín de punta. En la tercera sección se aplican los pasos aprendidos en las dos secciones previas colocando el alambre en las terminales soldadas y se deben fijar las puntas del alambre a las terminales con la cantidad necesaria de soldadura. La calificación se otorga a la calidad de los cortes del alambre, el enroscado y el uso de soldadura para fijar las piezas y se cuenta el total de segundos empleados para concluir con cada una de las tareas.

Muestra 14. Supervisión de trabajo en serie (trabajo en equipo):

Mide la habilidad para seguir instrucciones, habilidades motoras de destreza manual y digital, discriminación de color y percepción espacial. La tarea de ensamble requiere que tres o cuatro evaluados trabajen juntos en 5 estaciones de trabajo, la estación de inspección es la más compleja y puede ser ocupada por el evaluador según el caso. El nivel de dificultad varía para cada una de las estaciones de trabajo.

Cada evaluado se sienta frente a una estación de trabajo, frente a él se encuentra un compartimiento con piezas de colores para ensamblar, una libreta de patrones

los cuales deberá seguir para realizar el ejercicio y un tablero donde colocara las piezas que le corresponda según le indica la libreta de patrones. El panel de ensamblado girará automáticamente cada 20 segundos, cada evaluado trabaja en el tablero de ensamblado mientras está frente a él, al girar la mesa que contiene los tableros le llegará otro en el que deberá colocar las piezas correspondientes según su libreta de patrones, en tanto el inspector por medio de plantillas revisa los tableros de ensamble que llegan a su estación cada que gira la mesa de tableros, retira las piezas mal colocadas las deposita en el compartimiento de piezas incorrectas para dejar libre el espacio y se coloquen las correctas.

La forma de calificar se hace obteniendo el tiempo que se tardó el grupo en realizar el total de tableros de ensamble correctamente, se cuentan las piezas de colores que se retiraron de los tableros por ser colocadas incorrectamente, se obtiene un percentil de error y calidad individual y de grupo.

Muestras 15. Circuitos eléctricos y lectura de diagramas:

Mide la habilidad para entender y aplicar los principios de circuitos eléctricos, utilizar material impreso como diagramas, dibujos y esquemas en actividades de simulación de trabajo. Se puede observar la capacidad de observación, concentración y planeación. Las características más importantes que evalúa son: razonamiento, capacidad general de aprendizaje, percepción espacial y de forma, destreza manual y digital. Los puestos de trabajo que se identifican con la muestra son los que demandan usar herramientas eléctricas. para reparar o inspeccionar.

La tarea consiste en identificar en un tablero de circuitos eléctricos la continuidad de la corriente eléctrica usando alambres y electrodos; probar y reparar circuitos y leer diagramas de circuitos para insertar cables, diodos y resistencias se utilizan pinzas de punta y medidor de voltaje.

Muestra 16. Dibujo:

Mide el potencial de las personas para realizar trabajos que implican el trazado de dibujos y la lectura de diagramas e identificación de planos. Las características fundamentales que se detectan son: razonamiento, capacidad general de aprendizaje, percepción espacial y de forma, destreza manual y digital y coordinación motora.

La tarea consiste en simular el trabajo en un restirador de dibujo técnico y realizar tareas variadas de trazos de líneas, medir objetos tridimensionales, usar herramientas de dibujo como la regla "T", compás, transportador y escuadras para elaborar proyecciones isométricas.

Muestra 17: Batería de entrenamiento pre vocacional:

Es una muestra de trabajo diseñada para identificar las habilidades de las personas con discapacidad intelectual y de estudiantes con necesidades educativas especiales, pero con potencial de entrenamiento. Evalúa la habilidad de funcionamiento en ambientes educativos protegidos o de vida independiente.

La batería de entrenamiento pre vocacional identifica barreras para entrenamiento, educación, empleo competitivo y vida independiente y se comparan con grupos normativos de personas con discapacidad que viven en custodia o en forma independiente.

Se divide en 4 subescalas: evaluación del desarrollo, habilidades de taller, habilidades sociales e interpersonales y destrezas en el manejo de dinero. Estos requieren de conocimientos mínimos de lecto-escritura por parte del evaluado ya que puede responder señalando los estímulos, gesticulando, hablando o con lenguaje de señas. Las subescalas pueden aplicarse en forma independiente y en cualquier orden.

Subescala 1 Evaluación del desarrollo:

Sección A: es el duplicado de modelos, discriminación de colores y manipulación. Se puede identificar el nivel de comprensión.

Sección B: es de coordinación manual y mide la firmeza del pulso, la coordinación visomotora y la habilidad para trabajar bajo presión de tiempo. El evaluado debe desplazar un estilete por un camino intentando no tocar los bordes de cobre que al hacer contacto con el estilete provocara una señal y contará como error en un contador eléctrico.

Sección C: mide rangos de movimiento corporal y fuerza dinámica ya que son criterios vocacionales mínimos al realizar actividades básicas de la vida diaria que requieren movimientos corporales, cargar, empujar, presionar y movilidad en un área de específica trabajo. Estos ejercicios posibilitan responder a preguntas como: ¿Puede el evaluado caminar dentro de un espacio limitado? ¿Cuánto peso puede levantar? ¿En qué rangos puede mover sus brazos cuando está sentado o de pie?

Sección D: mide la habilidad para comparar y medir, y el conocimiento vocacional. En esta sección debe hacer mediciones prácticas y estimar la longitud, tamaño y volumen de figuras que se le presentan de manera gráfica. También se puede estimar la familiaridad tiene con herramientas básicas, su aplicación y artículos comunes en la vida diaria.

Subescala 2 Evaluación en el taller:

Consta de una tarea que semeja un taller en el que tres o cuatro personas participan en un proceso de simulación de ensamble. La actividad consiste terminar en equipo una tarea común de ensamble, tres de los participantes realizan la colocación de piezas según un patrón o diseño que deben igualar y el cuarto participante revisa que el ensamble sea correcto, éste tiene 2 compartimientos donde debe colocar las piezas correctas o incorrectas según sea

el caso. La evaluación de taller determina el lugar donde un evaluado puede ser colocado inicialmente en un ambiente de taller. También permite la observación de habilidades interpersonales en una simulación de trabajo en equipo. Cada trabajador depende de los demás para la conclusión de la tarea. Permite al evaluador observar la paciencia, habilidades para la solución de problemas, ajuste a diferentes procesos de un trabajo, tolerancia a la frustración, capacidad de espera, etc.

Subescala 3 Habilidades sociales/interpersonales:

Mide las destrezas sociales e interpersonales en situaciones diferentes. Consta de cuatro secciones que son: destrezas prácticas, habilidades de socialización, conductas agravantes y habilidades de interacción con el medio laboral. Las habilidades sociales formalizan el método de observación. Las conductas se identifican y se les asigna un valor puntuable sobre el inventario de barreras críticas. Identifica la habilidad para realizar juicios sociales apropiados e identifica las conductas prácticas y sociales que podrían representar barreras para el empleo o la vida independiente.

Subescala 4 Habilidades en manejo de dinero:

En esta parte se emplean monedas de uso común, material impreso y un libro de historietas para evaluar el conocimiento en el concepto y manejo de dinero. Con esta sección se pueden tener más certezas de si la persona con discapacidad intelectual puede identificar monedas y billetes comunes, hacer transacciones monetarias, recibir el cambio correctamente, identificar el costo de un producto, así como los beneficios del dinero y las acciones que se pueden llevar a cabo con respecto a este, como el ahorro y los lugares apropiados para ello.

Muestra 18: Evaluación de la comprensión conceptual en ciegos:

El objetivo de esta muestra es medir en forma independiente e integrada las habilidades perceptuales que ayudan a una persona a compensar sus desventajas visuales. Evalúa las destrezas requeridas para satisfacer necesidades básicas de

movilidad, juicio, orientación y equilibrio. Identifica una línea base del desarrollo de destrezas cognoscitivas y espaciales en relación al trabajo. Identifica los niveles de eficiencia y potencial necesarios para el desarrollo de destrezas perceptuales en las personas con desventajas visuales.

En personas con debilidad visual es recomendable usar un antifaz con la finalidad de igualar las posibilidades y medir las capacidades perceptuales remanentes. Con la eliminación de la visión, la atención se centra en la relación de las otras medidas y percepciones tanto físicas como mentales y el grado en que se ha desarrollado su funcionamiento.

La evaluación conceptual de ciegos y débiles visuales tiene diferentes ejercicios para identificar las destrezas en las siguientes áreas:

Percepción táctil: Agudeza táctil, destreza manual y digital, análisis comparativo, solución de problemas. Incluye la discriminación de objetos rugosos y lisos, figuras geométricas de madera y discriminación táctil a partir de instrucciones verbales. Los ejercicios incrementan la dificultad progresivamente. Requiere de organización espacial, discriminación, integración y apilamiento de figuras y seguimiento de instrucciones verbales.

Sentido cinestésico: Coordinación y movilidad. Mide la habilidad para trabajar y moverse dentro de un espacio limitado de trabajo y de discriminación de semejanzas físicas de los objetos en relación al peso, tamaño, textura, etc. Se identifica la extensión de miembros superiores en posición sedente.

Percepción cognoscitiva: relaciones espaciales, relaciones conceptuales, perspectiva de tiempo, representación mental y juicio. Se requiere en esta sección que el evaluado “visualice” (representación mental), organice y recuerde información sobre figuras y configuraciones que giran de un plano a otro. La percepción espacial, la memoria, el sentido vestibular, equilibrio y orientación son

procesos cognoscitivos importantes a identificar en esta sección de la evaluación. En esta parte se utilizan materiales para empaquetar y ensamblar con creciente grado de dificultad.

Percepción auditiva: agudeza auditiva, localización de sonidos y comunicación. Para evaluar estas habilidades se utiliza un pequeño equipo de sonido que genera un timbre agudo, el evaluador se mueve alrededor de la persona evaluada para que indique el origen del sonido.

Muestra 19. Fuerza dinámica:

Esta se simula un escenario real de trabajo en el que el evaluado desempeña tareas similares a las que lleva a cabo un encargado de recibir y enviar productos en un almacén. Es una actividad dinámica de tolerancia física, no sedentaria ya que debe subir y bajar escaleras para colocar o retirar materiales que deberá pesar y colocar en otra área para empacar y enviar. Consta de 28 ejercicios individuales que se aplican para determinar si puede levantar los pesos solicitados y desempeñar las tareas físicas necesarias para cada nivel. El ejercicio de cargar se puede utilizar para determinar la tolerancia al trabajo pesado en un periodo prolongado. Mide los niveles de fuerza de los factores de demandas físicas.

CAPITULO VIII

SISTEMA DE EVALUACIÓN POR MUESTRAS DE TRABAJO VITAS

El sistema por muestras de trabajo VITAS (*Vocational Interest Aptitud Sistem*) diseñado por la JEVS (*Philadelphia Jewish Employment and Vocational Service Work Sample Battery*) se integra de 21 muestras de trabajo las cuales se relacionan con 15 grupos de trabajo clasificados en el Diccionario de Títulos Ocupacionales del departamento del trabajo de Estados Unidos.

Este sistema fue diseñado para personas con limitaciones culturales y educativas, con escolaridad menor al nivel de bachillerato y permite identificar el potencial para aprender o ejecutar alguna tarea específica de las que se incluyen en los 15 grupos de trabajo. Se validó en diferentes ciudades de Estados Unidos con población heterogénea en cuanto a raza o grupo étnico con o sin discapacidad con una media escolar correspondiente al segundo de secundaria.

Cada muestra permite obtener información relacionada con las aptitudes, intereses, temperamentos y habilidades de las personas y su ejecución se vincula estrechamente a los títulos de trabajo que conforman los 15 grupos clasificados en el Diccionario de Títulos Ocupacionales (DTO) del Departamento del Trabajo de Estados Unidos.

La validez de contenido de este sistema se da a partir de identificar la estrecha relación de la ejecución demostrada en cada muestra de trabajo y la que se demanda en el empleo que compromete esta aptitud.

Los resultados que se miden en cada muestra son el total de tiempo en minutos y el total de errores, para ubicarlos posteriormente en un rango de 3 puntos de acuerdo a tablas estadísticas de calificación por muestra de trabajo, el número 3 corresponde a una puntuación alta o superior, el 2 corresponde a ejecuciones medias y el 1 a ejecuciones bajas donde las persona carece de habilidad en la aptitud medida en la muestra correspondiente. El procedimiento de medición del tiempo es empleando un reloj checador en el que el evaluado marcará el inicio y la finalización de la ejecución de la muestra de trabajo. Su aplicación puede durar desde una hora hasta cinco días de acuerdo al número de muestras seleccionadas para su aplicación.

Las muestras de trabajo están ordenadas en grado de complejidad desde la más fácil hasta la más difícil de la siguiente manera:

Tabla 2

VITAS	NOMBRE	APTITUDES RELACIONADAS
1	Ensamble de tuercas, tornillos y rondanas	F, K, P.
2	Cajetillas de cerillos	F, K, M,S.
3	Clasificar y pesar tejas de colores	C, K, M, N, Q.
4	Clasificación de muestras de tela	C,M.F.
5	Verificación de números	F,K.Q.
6	Planchar prendas	F,K,M.
7	Ensartar libros de presupuesto	F,K,M,N.
8	Clasificación de clavos y tornillos	F,K,M,P.
8 II	Clasificación de clavos y tornillos	F,K,N.
9	Ensamble de tubos	K,M,P,S.
10	Archivo	F,K,Q.
11	Armado de cerradura	K,S,P.
12	Inspección de tablero de circuitos	P,S.

Continúa

Tabla 2

Continuación

VITAS	NOMBRE	APTITUDES RELACIONADAS
13	Operaciones aritméticas con calculadora	F,K,N,P,Q.
14	Recepción de mensajes	F,K,Q.
15	Cajero bancario	F,K,N,Q,M.
16	Corrección de textos	F,K,P,Q.
17	Control de nómina	F,K,N,P,Q.
18	Reporte de entrevista	F,K,N,Q.
19	Soldadura	M,F,P,S,E.
20	Asistente de laboratorio	C,F,M,K,N,P,Q.
21	Dibujo técnico	F,K,M,N,P,Q,S.

CAPITULO IX

SISTEMA COMPUTARIZADO APTICOM

Este sistema se creó con el propósito de ofrecer un instrumento válido, efectivo y eficiente en la medición de las diferentes aptitudes. Se usa en el proceso de orientación vocacional y en la elección adecuada de una capacitación o empleo competitivo. El sistema está integrado por las baterías de aptitudes, intereses y desarrollo de habilidades escolares.

La construcción de la batería del sistema computarizado APTICOM se realizó en el Instituto de Investigación Vocacional de Filadelfia con base en la Batería General de Exámenes de Aptitud (BEAG), estas son las mismas que se miden en cada una de las muestras de trabajo de los sistemas Vitas y Valpar.

La batería de intereses ocupacionales se desarrolló con el objetivo de obtener información veraz y significativa de las preferencias vocacionales y ocupacionales de los estudiantes de nivel de secundaria a preparatoria, así como para ofrecer a los consejeros vocacionales información necesaria para establecer un proceso de orientación a los jóvenes con o sin discapacidad. Las áreas de interés que se miden son las siguientes:

1. Artística: Se refiere a las preferencias por carreras o actividades que se relacionan con la expresión de ideas en forma creativa.
2. Científica: Interés en descubrir, recoger y analizar información acerca del mundo natural y en aplicar los resultados de estudios científicos a problemas en el campo de la medicina, las ciencias humanas y naturales.

3. Plantas y animales: Interés en las actividades que se relacionan con la atención y cuidado de plantas y animales, actividades que fundamentalmente se realizan al aire libre.
4. Protección: interés en el uso de medios autorizados para proteger personas y propiedades.
5. Mecánico: Interés en aplicar principios mecánicos a situaciones prácticas empleando maquinaria, herramientas manuales o eléctricas.
6. Industrial: Interés en ejecutar tareas repetitivas, concretas y organizadas en fábricas, fundamentalmente.
7. Detalles de negocios: Preferencia por actividades definidas y organizadas que requieren de exactitud y atención a detalles, generalmente en oficinas.
8. Ventas: Preferencia por actividades de persuasión para aceptar su punto de vista en particular usando técnicas de venta y promoción.
9. Servicios: Inclinación por actividades relacionadas con la satisfacción de necesidades de otras personas por medio del contacto personal.
10. Humanitario: Interés en ayudar a otros con sus necesidades mentales, espirituales, sociales, físicas o vocacionales.
11. Influencia/persuasión: Interés en guiar a otros a través de actividades que requieren de habilidad verbal y numérica.
12. Ejecuciones físicas: Interés en actividades físicas que generalmente se realizan e público.

La batería de desarrollo de habilidades escolares se desarrolló con el propósito de crear un instrumento efectivo para medir destrezas en matemáticas y lenguaje. El objetivo de esta batería es la de hacer un breve inventario de las destrezas generales de matemáticas y lenguaje. Los niveles de las destrezas se basan en competencias que se van adquiriendo a lo largo del entrenamiento escolar. Se dividen en seis niveles que corresponden al aprendizaje de tercero de secundaria al tercero de bachillerato.

Las áreas de matemáticas y lenguaje en el sistema computarizado APTICOM las relacionan con el desarrollo general educativo, es decir “un completo dominio de destrezas claramente especificadas”. Este subtest se basa en criterios, pues se construyó específicamente para identificar medidas directamente interpretables en términos de niveles específicos de ejecución y el grado de conocimientos para cada una de las áreas. Las dos baterías se conforman por 30 preguntas de opción múltiple.

El área de desarrollo de destrezas en el lenguaje mide los siguientes criterios: Vocabulario, significado de palabras, manejo de tiempos verbales y ortografía y redacción. El área de matemáticas mide: aritmética, medidas en sistema métrico decimal, razones y proporciones, algebra, geometría y trigonometría.

Este sistema se usa en el proceso de orientación vocacional con jóvenes estudiantes de nivel secundaria preparatoria con la finalidad de conocer cuál es su potencial de aprendizaje en las diferentes áreas que se han descrito en el perfil de aptitudes, las áreas de mayor preferencia vocacional y el aprendizaje en lenguaje y matemáticas. La integración de estas tres baterías genera un perfil del evaluado y da la posibilidad de ser comparado con los requerimientos de un puesto tal y como se describe en el Diccionario de Títulos Ocupacionales y la Guía de Exploración Ocupacional, así como las demandas de aptitudes para la elección de un nivel de estudios inmediato superior al que en el momento de la evaluación cursa el estudiante. Este instrumento es una ayuda fundamental para dar un

pronóstico de desarrollo escolar y si se cuentan con las bases para estudios subsecuentes en población con o sin discapacidad que cubra con los niveles de estudio que el sistema demanda.

CAPITULO X

SISTEMA COMPUTARIZADO VALPAR 2000

La evaluación computarizada de Valpar es un instrumento multifactorial, referido a un criterio que permite establecer rápidamente los diferentes grados de habilidades, tanto académicas como relacionadas con el trabajo que posee el evaluado. También da la oportunidad de identificar posibles deficiencias en diferentes áreas de aptitudes.

La evaluación computarizada es la más reciente de una serie de pruebas similares desarrolladas por Valpar las cuales se basan en los criterios que se señalan en la Clasificación y Análisis de Puestos del departamento del Trabajo del los Estados Unidos.

En 1982 la corporación Valpar introdujo su computadora para la evaluación y selección vocacional (MESA). El instrumento es una batería de subtest computarizados, muestras de trabajo individuales y medidas de las capacidades físicas con una duración en su aplicación de 4 a 6 horas.

En respuesta a numerosas solicitudes de evaluaciones más cortas, planteadas por la comunidad de evaluadores vocacionales, Valpar creó en el año 1985 la versión más corta de MESA con una duración de aplicación de 90 minutos. Tras siguientes revisiones se creó otra versión llamada Versión Corta de MESA 2 (MVC2) para enlazarla automáticamente con la base de datos de Valpar. En 1987 se modificó esta versión corta y se denominó "*insight*", finalmente, en 1991 la incorporación de estas dos versiones dio origen al sistema actualmente denominado VALPAR 2000.

Esta evaluación contiene 12 subtest computarizados, 3 muestras de trabajo y un inventario de papel y lápiz. Esta batería se aplica en una sesión que dura en promedio 70 minutos, dependiendo del nivel de habilidad del evaluado. Se requieren de instrucciones especiales para quienes tienen alguna discapacidad, y para los evaluados que se desempeñen excepcionalmente bien requerirán de mayor tiempo.

Valpar 2000 es una evaluación computarizada referida a criterios ya que se inclina por interpretar al contenido del dominio más que a determinar la distribución de las personas en esa medida. Las calificaciones de las pruebas referidas a criterios indican lo que pueden hacer las personas y no cómo califican en relación a puntajes de determinados grupos de normas. El desempeño de un individuo se reporta como el nivel de la habilidad que posee para el desempeño de alguna tarea. En tanto que en una evaluación referida a norma, los puntajes en la prueba se relacionan solamente con el desempeño del grupo normativo. Frecuentemente se pasa por alto el hecho de que las pruebas referidas a norma se encuentran también limitadas por el nivel de dificultad de contenido de la prueba misma.

El desarrollo de la prueba VALPAR 2000 procuró que el contenido de la prueba fuera lo más representativo posible del dominio del Diccionario de Títulos Ocupacionales, pero se debe considerar que si una persona no demuestra competencia en uno de los criterios medidos no significa necesariamente que no habría podido hacerlo si se le evalúa con cualquier otro sistema semejante y sobre todo ajustarse a la complejidad de los puestos descritos

La evaluación computarizada incluye los siguientes elementos:

Tres muestras de trabajo:

- Alinear y manejar
- Atender máquinas
- Alambrado.

12 subtes computarizados:

- Colocar
- Discriminación de color
- Lectura
- Discriminación de tamaño
- Discriminación de forma
- Memoria visual a corto plazo
- Ortografía
- Vocabulario
- Matemáticas
- Desarrollo de lenguaje (edición)
- Solución de problemas
- Coordinación ojo mano pie

1 Inventario:

- Demandas físicas
- Condiciones ambientales
- Temperamentos

Las muestras de trabajo del sistema Valpar 2000 incluyen un bloque de ensamblado, una caja de alambrado y una selección de piezas y herramientas. Se utilizan para evaluar la coordinación motora, destreza manual, destreza digital, y percepción espacial. Se utilizan herramientas para simular tareas de alinear, operar maquinaria y equipo y coordinar tareas con la movilidad fina de las manos y los dedos.

Los subtest computarizados se realizan a través de controles con los cuales se selecciona la opción de respuesta para cada uno de los ejercicios. Están organizados de tal manera que la presentación de los reactivos de cada uno vayan desde el nivel más bajo de habilidad hasta el más alto, incrementan su complejidad en la medida que el evaluado va demostrando habilidad. Cada

subtest tiene instrucciones precisas y una sección de práctica que van guiando al evaluado en forma detallada.

El inventario de demandas físicas, condiciones ambientales de trabajo y temperamentos o PET es una prueba de papel y lápiz que se aplica para recabar información sobre las preferencias y habilidades de las personas. Se identifican 44 de los 60 factores que conforman el perfil del Diccionario de Títulos Ocupacionales:

- 20 demandas físicas
- 13 condiciones ambientales
- 11 temperamentos

Las demandas físicas son las capacidades que las personas deben poseer a fin de poder desempeñar determinados trabajos. Todas las demandas físicas excepto fuerza se clasifican en la siguiente escala de 5 puntos:

- N Nunca o en ningún caso
- O Ocasionalmente
- F Frecuentemente
- C Constantemente
- X No estoy seguro

1. Fuerza: Este factor se expresa en términos de sedentario, ligero, medio, pesado y muy pesado y se mide a través de cada una de las siguientes actividades:

De pie: permanecer de pie, en una posición vertical en una estación de trabajo sin moverse del lugar.

Caminar: Desplazarse con los pies.

Sentado: Permanecer en una posición sedente normal.

Cargar: Subir o bajar un objeto de un nivel a otro (incluye jalar hacia arriba).

Acarrear: Transportar un objeto, usualmente sujetándolo con las manos, brazos o sobre los hombros.

Empujar: Ejercer fuerza sobre un objeto hasta que se mueva en el mismo sentido que la fuerza.

Jalar: Ejercer fuerza sobre un objeto, hasta que se mueva hacia la fuerza.

Niveles de fuerza:

S. Trabajo sedentario: Esforzarse ocasionalmente por levantar hasta 5 kg. de peso o aplicar frecuentemente una cantidad de fuerza insignificante para levantar, acarrear, empujar, jalar o mover de alguna otra manera diversos objetos.

L. Trabajo ligero: Esforzarse ocasionalmente por levantar hasta 10 Kg. de peso o levantar frecuentemente hasta 5 Kg. o aplicar una cantidad insignificante de fuerza para mover objetos de una manera constante.

M. Trabajo mediano: Aplicar ocasionalmente de 10 a 25 Kg. de fuerza, levantar y o acarrear frecuentemente objetos que pesen de 5 a 12 Kg o realizar constantemente esfuerzos que van desde levantar pesos insignificantes hasta 5 Kg.

P. Trabajo pesado: Aplicar ocasionalmente de 25 a 45 Kg. de fuerza para mover o levantar objetos, o frecuentemente de 12 a 23 Kg., o constantemente de 5 a 10 Kg.

MP. Trabajo muy pesado: Aplicar ocasionalmente más de 45 Kg. de fuerza para mover o levantar diversos objetos, o frecuentemente levantar y/o acarrear más de 25 Kg., o constantemente más de 10 Kg.

2. Trepar: Utilizar los pies y las piernas o las manos y los brazos para subir y bajar por escalones, escaleras, andamios, rampas y postes entre otros.

3. Equilibrarse: Mantener el cuerpo en equilibrio evitando caer al caminar, permanecer de pie, agacharse o al correr sobre superficies estrechas, resbalosas o que se muevan erráticamente o al realizar ejercicios gimnásticos.

4. Agacharse: Inclinar el tronco hacia enfrente y hacia abajo flexionando la columna a nivel de la cintura, requiere utilizar completamente las extremidades inferiores y los músculos de la espalda.

5. Arrodillarse: Flexionar las piernas apoyando en el suelo ya sea una o ambas rodillas.

6. Acuclillarse: Inclinar el cuerpo hacia enfrente o hacia abajo, flexionando las piernas y la columna.

7. Arrastrarse o gatear: Trasladarse apoyándose en cuatro puntos (manos y rodillas o manos y pies).

8. Alcanzar: Extender sus manos y brazos en alguna dirección.

9. Manipular: Tantear, sopesar, sujetar, agarrar, girar o trabajar de alguna otra manera con una o ambas manos.

10. Digitalizar: Seleccionar, pellizcar o trabajar principalmente con los dedos, en lugar de utilizar el brazo o la mano completa, como al manipular.

11. Sentir: Percibir los atributos de los objetos (tales como el tamaño, la forma, temperatura o textura) por medio de los receptores de la piel, especialmente los que se encuentran ubicados en la punta de los dedos.

12. Hablar: Expresar o intercambiar ideas por medio de la comunicación oral informar a clientes o al público, transmitir instrucciones a otros trabajadores de manera precisa en voz alta o rápidamente.

13. Escuchar: Percibir la fuente de los sonidos a través del oído.

14. Gustar/oler: Distinguir con precisión las diferencias o similitudes en la intensidad o calidad de sabores y olores o reconocer sabores y olores específicos utilizando la lengua o la nariz.

15. Agudeza visual cercana: Visión clara a 50 cms. o menos.

16. Agudeza visual lejana: Visión clara de 7 metros en adelante.

17. Percepción de profundidad: Visión en tres dimensiones.

18. Acomodación: Ajustar el lente del ojo para enfocar un objeto.

19. Visión de color: Habilidad para identificar y distinguir colores.

20. Campo de visión: Observar el área que puede verse hacia arriba- hacia abajo, hacia la derecha-hacia la izquierda.

Las condiciones ambientales son especificaciones externas, en las que se encuentran expuestas las personas cuando realizan determinados trabajos y a las cuales deben adaptarse. No involucran mecanismos corporales. Todos, con

excepción del quinto factor se clasifican en base a la misma escala empleada para las demandas físicas:

1. Exteriores: Expuesto a condiciones atmosféricas en exteriores.
2. Frío extremo: Expuesto a temperaturas frías, las cuales no se relacionan con el clima natural.
3. Calor extremo: Expuesto a temperaturas cálidas, no relacionadas con el clima natural.
4. Mojado/húmedo: Contacto con agua u otros líquidos o expuesto a condiciones de humedad no relacionados con las condiciones naturales del clima.
5. Exposición al ruido: Exposición a diferentes intensidades de ruido que por su intensidad y permanencia puede causar lesiones en la función:

MS	Muy silencioso
S	Silencioso
M	Moderado
R	Ruidoso
MR	Muy ruidoso

6. Vibración: Expuesto a objetos o superficies vibratorias.
7. Humos/polvos: Exponerse a condiciones tales como humos, olores nocivos, polvos, vapores, gases y ventilación pobre que pueden afectar al sistema respiratorio, los ojos y la piel.
8. Mover piezas mecánicas: Exponerse a posibles daños corporales al mover piezas o equipo mecánico, herramientas y maquinaria.

9. Descargas eléctricas: Exponerse a un posible daño corporal provocado por descargas eléctricas.

10. Sitios altos y expuestos: Exponerse a posible daño corporal provocado por caídas.

11. Radiación: Exponerse a posible daño corporal por estar en contacto con radiaciones.

12. Explosivos: Exponerse a posible daño por explosivos.

13. Químicos: Exponerse a posible daño corporal provocado por productos químicos tóxicos o cáusticos.

Los temperamentos, como uno de los componentes del perfil de Valpar 2000 se originan en la creencia de que los diferentes empleos requieren que el trabajador presente determinadas características personales. La experiencia en colocación selectiva indica que el temperamento de un evaluado es frecuentemente un factor determinante para que alcance el éxito en su trabajo, estos se definen de la siguiente manera:

D Dirigir: Adaptabilidad para aceptar responsabilidad para la dirección, control y planeación de las actividades de otros.

R Repetitivo: Adaptabilidad para realizar trabajos repetitivos en ciclos muy cortos o para realizar continuamente el mismo trabajo, de acuerdo a una serie de procedimientos, secuencias o fases.

I Influir: Adaptabilidad para influir en las opiniones, actitudes y juicios de las personas respecto a ideas o cosas. Habilidad para convencer, reorientar o influenciar a otros.

V Variedad: Adaptabilidad para realizar actividades variadas, cambiar frecuentemente de una tarea a otra, de naturaleza diferente sin perder la eficiencia o la serenidad.

E Expresión: Adaptabilidad a situaciones que incluyen la expresión desde un punto de vista personal, de sentimientos, ideas o actos para otros.

A Aislamiento: Adaptabilidad para trabajar solo o en aislamiento físico de otras personas.

S Estrés: Adaptabilidad para trabajar de manera efectiva bajo presión o cuando se enfrentan a situaciones de peligro inusuales, críticas o de emergencia, o en situaciones en las que el trabajar rápidamente y manteniendo la atención son aspectos críticos del puesto.

T Tolerancia: Adaptabilidad para trabajar en situaciones que requieren aceptar límites precisos.

U Trabajar únicamente bajo instrucciones específicas.

P Personas: Adaptabilidad para tratar o negociar efectivamente con personas a un nivel de mayor profundidad que simplemente dar y recibir instrucciones.

J Juicio: Adaptabilidad para hacer generalizaciones, evaluar o tomar decisiones en base a criterios sensoriales o juicio personal.

CAPITULO XI

MÉTODO

Objetivo general

Integrar laboralmente a personas con discapacidad

Objetivos específicos

- Identificar las capacidades, aptitudes, intereses y temperamentos del usuario o persona con discapacidad, a través de la evaluación de aptitudes con muestras de trabajo y sistemas computarizados.
- Aplicar las muestras de trabajo necesarias para identificar las aptitudes y habilidades en función de la discapacidad y edad.
- Calificar, analizar e interpretar los resultados de la evaluación para realizar el perfil del paciente o usuario.
- Realizar informe o estudio psicológico que contenga el diagnóstico de evaluación

Participantes

Usuarios del CNMAICRIL

La evaluación de aptitudes, como parte del proceso de integración laboral con personas con discapacidad se lleva a cabo por los psicólogos clínicos que integran el área. El ingreso de una persona con discapacidad al CNMAICRIL es a través

del área de Valoración y Tratamiento quien se encarga de realizar la valoración médica inicial y establecer el plan de rehabilitación a seguir según el caso, canalizar al “usuario” a los diferentes servicios de oftalmología, comunicación humana, ortopedia, ortesis y prótesis, terapia física y rehabilitación para el trabajo.

Criterios de ingreso al área de Rehabilitación para el trabajo

Persona con discapacidad

Tener entre 14 y 60 años de edad

Parcial o totalmente independiente en actividades de la vida diaria

Se atienden personas con diversos diagnósticos y características. Se describen aquí a las personas atendidas en el año 2010. El total de personas atendidas fue de 85, observando un porcentaje más alto de hombres que de mujeres (Ver tabla 1).

Tabla 1

Distribución por sexo de la muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	44.7
Masculino	47	55.3
Total	85	100.0

Por otro lado con respecto a la edad se encuentra un rango de edad de 13 a 69 años, con una media de 25 (D. E. = 12.34), observando que la mayoría de las personas atendidas en esta muestra tienen 18 años (Ver tabla 2).

Tabla 2

Edad de la muestra evaluada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	1	1.2
14	5	5.9
15	8	9.4
16	6	7.1
17	6	7.1
18	11	12.9
19	3	3.5
20	5	5.9
21	2	2.4
22	4	4.7
23	1	1.2
24	3	3.5
25	4	4.7
29	1	1.2
30	2	2.4
32	2	2.4
33	4	4.7
35	3	3.5
36	1	1.2
37	1	1.2
38	1	1.2
39	1	1.2
40	1	1.2
44	1	1.2
45	1	1.2
51	1	1.2

Continúa

Tabla 2
Continuación

Edad	Frecuencia	Porcentaje
56	1	1.2
57	1	1.2
59	1	1.2
61	1	1.2
69	1	1.2
Total	84	98.8
Sin dato	1	1.2
Total	85	100.0

En cuanto al cruce de edad por sexo, se observa que en general se recibieron más mujeres adolescentes y más hombres adultos (ver tabla 3).

Tabla 3
Distribución de la muestra por sexo y edad

Edad	Sexo		Total
	F	M	
13	0	1	1
14	2	3	5
15	1	7	8
16	2	4	6
17	3	3	6
18	6	5	11
19	1	2	3
20	3	2	5
21	2	0	2

Continúa

Tabla 3
Continuación

Edad	Sexo		Total
	F	M	
22	3	1	4
23	1	0	1
24	2	1	3
25	2	2	4
29	1	0	1
30	0	2	2
32	0	2	2
33	1	3	4
35	0	3	3
36	0	1	1
37	1	0	1
38	0	1	1
39	1	0	1
40	0	1	1
44	1	0	1
45	0	1	1
51	1	0	1
56	1	0	1
57	1	0	1
59	1	0	1
61	0	1	1
69	0	1	1
Total	37	47	84

En referencia al tipo de discapacidad se encuentra que en el caso de las mujeres se atendieron a más sin discapacidad y con síndrome de Down y en los hombres más personas con deficiencia mental y trastorno adaptativo a la adolescencia (ver tabla 4).

Tabla 4

Tipo de discapacidad por sexo de la muestra evaluada

Diagnóstico	Sexo		Total
	F	M	
Amputación de miembro inferior derecho	1	0	1
Crisis convulsivas e hipoacusia	0	1	1
Cervicobraquialgia	1	0	1
Ciego	0	1	1
Deficiencia mental	6	10	16
Deficiencia mental y crisis convulsiva	0	1	1
Deficiencia mental media	1	0	1
Deficiencia mental superficial	0	2	2
Daño neurológico	1	0	1
Dificultades en el aprendizaje	0	1	1
Dislexia	0	1	1
Hemiparesia	0	1	1
Hipoacusia bilateral	5	10	15
Probable deficiencia mental	1	1	2
Proceso depresivo	0	1	1
Retinoblastoma	1	0	1
Sin discapacidad	14	4	18
Secuelas de poliomielitis	1	0	1

Continúa

Tabla 4
Continuación

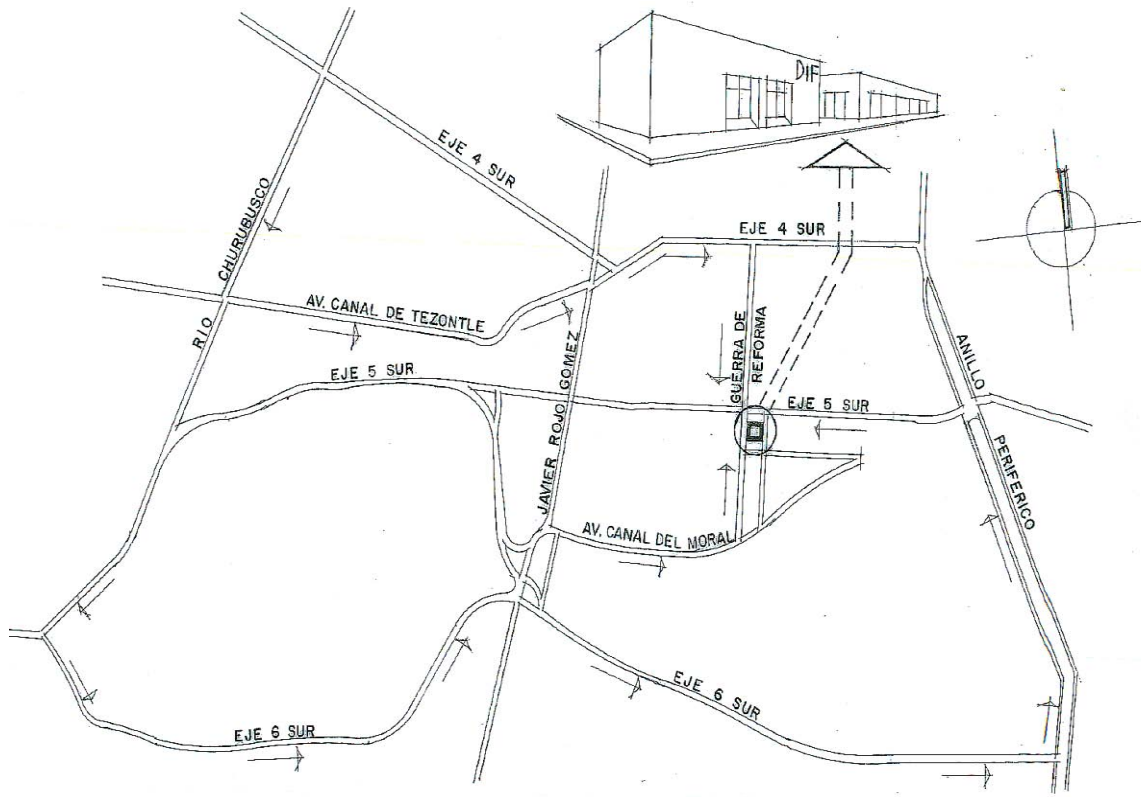
Diagnóstico	Sexo		Total
	F	M	
Secuelas de lesión de tendón flexor	1	0	1
Secuelas de parálisis cerebral	1	1	2
Secuelas de poliomielitis/Diplopía	0	1	1
Secuelas de traumatismo craneal	0	1	1
Síndrome de Down	3	0	3
Trastorno adaptativo a la adolescencia	1	10	11
Total	38	47	85

Profesionales

El Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación para la Rehabilitación en Integración Laboral, por sus siglas CNMAICRIL Iztapalapa (Ver figura 1) del Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia se conforma por las áreas de Valoración y Tratamiento, Ortesis y Prótesis y Rehabilitación para el Trabajo, cuya misión es brindar atención no hospitalaria a personas con discapacidad neuromotora y de la comunicación humana, así como de integración laboral a quien lo requiera, con el objeto de reintegrarlos a la sociedad, y formar licenciados en terapia física y realizar proyectos de investigación en materia de rehabilitación.

Figura 1.

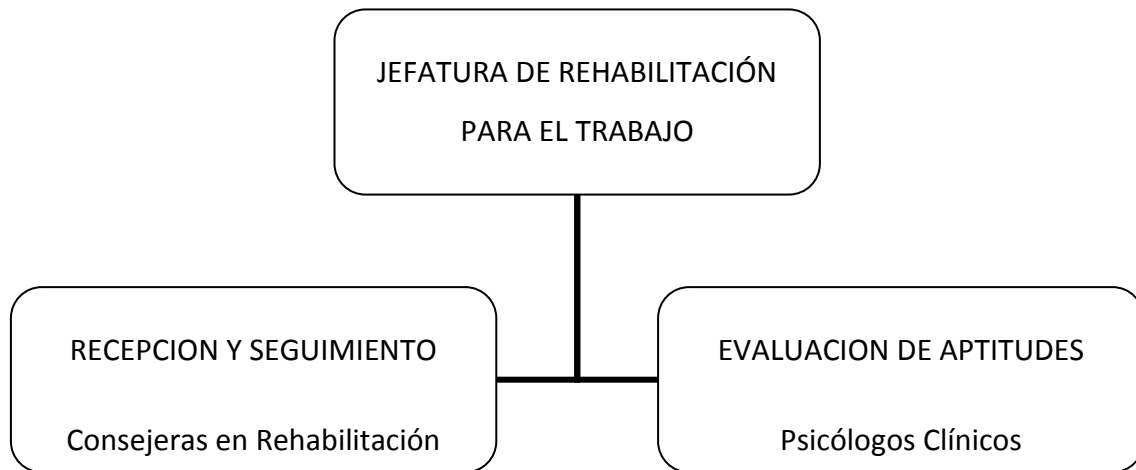
Ubicación geográfica del CNMAICRIL.



El departamento de rehabilitación para el trabajo está conformado por la jefatura a cargo de una licenciada en trabajo social, el área de Recepción y Seguimiento conformada por las “consejeras en rehabilitación laboral” que en su mayoría son de profesión licenciadas y técnicas en trabajo social y el área de evaluación de aptitudes conformada por 6 psicólogos clínicos (Ver figura 2).

Figura 2.

Conformación del Departamento de Rehabilitación para el trabajo.

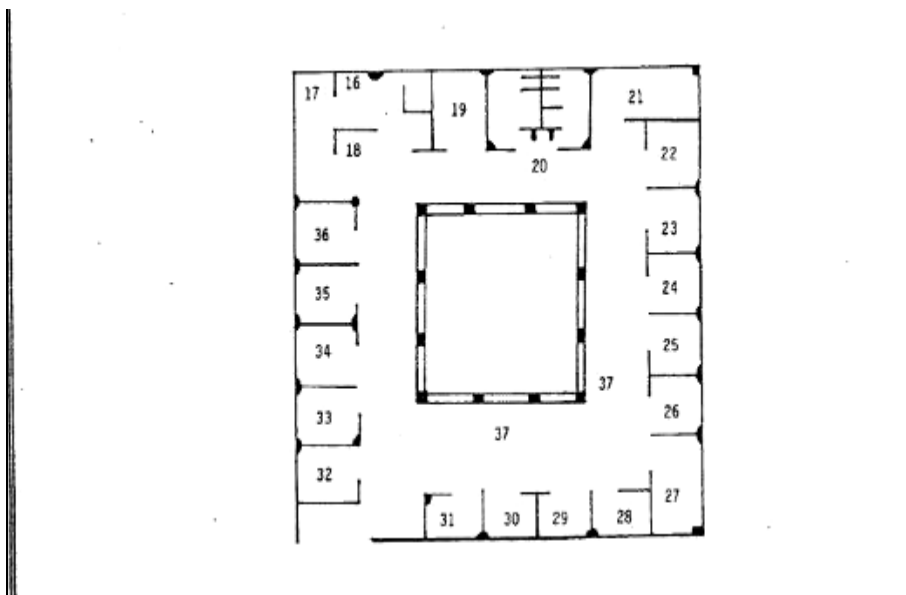


Escenario

Es un lugar rectangular de aproximadamente 300 metros cuadrados con 21 cubículos de trabajo de. De acuerdo al esquema estos cubículos con referencia al Centro van numerados del 17 al 36. Dentro de estos, 6 de ellos corresponden al área de evaluación (Ver figura 3).

Figura 3.

Escenario de trabajo en el CNMAICRIL



Descripción del espacio del área de Rehabilitación para el trabajo:

En cada uno de ellos se atiende las siguientes tareas:

32 Área de evaluación para personas ciegas y débiles visuales con el sistema de evaluación de CUBE.

33 Área de evaluación para personas con discapacidad intelectual con el sistema de evaluación Valpar 17.

34 Área de evaluación con el sistema de evaluación por muestras de trabajo VITAS.

35 Área de evaluación con sistemas computarizados APTICOM y Valpar 2000.

36 Área de evaluación con muestras de trabajo Valpar.

16 Oficina de la jefatura del Rehabilitación para el trabajo

17 Sala de juntas

18 Recepción y área secretarial de la jefatura de Rehabilitación para el Trabajo.

19 Sala de trabajo para educación para los adultos (INEA)

20 Baños de mujeres y hombres.

21 Área de evaluación con muestras de trabajo Valpar.

- 22 Cubículo de trabajo de psicología (área de entrevista).
- 23 Cubículo de trabajo de psicología (área de entrevista).
- 24 Área de entrevista de recepción y seguimiento (consejera en rehabilitación).
- 25 Área de entrevista de recepción y seguimiento (consejera en rehabilitación).
- 26 Cubículo de trabajo de psicología.
- 27 Área de trabajo de recepción y seguimiento (integración a la capacitación).
- 28 Área de entrevista de recepción y seguimiento.
- 29 Cubículo de trabajo de psicología.
- 30 Cubículo de trabajo de psicología.
- 31 Recepción del área de Rehabilitación para el Trabajo.
- 37 Pasillo.

Medidas

El área de rehabilitación para el trabajo ocupa una superficie de 300 metros cuadrados. Los cubículos de evaluación miden 3 x 5 mts.

Procedimiento

La persona o usuario que llega por primera vez al área Rehabilitación para el Trabajo es recibido por una consejera en rehabilitación del área de Recepción y Seguimiento quien se encarga por medio de la entrevista de establecer el plan de rehabilitación. Este, debe contener el diagnóstico laboral y de discapacidad, así como el objetivo de la evaluación de aptitudes. Al respecto, Athelstan (1993) menciona que el consejero en rehabilitación, conocido también como “consejero ocupacional” es el que tiene la función de iniciar y dirigir la evaluación, de planificar y de los procedimientos de tratamiento que se relacionan con el desempeño ocupacional del paciente. Las funciones pueden variar en base a su formación y entrenamiento. Dentro del CNMICRIL, en el área de Rehabilitación para el Trabajo estas funciones les han sido conferidas a las trabajadoras sociales

de nivel técnico y profesional quienes realizan las actividades inherentes del consejero en rehabilitación.

Posteriormente el psicólogo clínico realiza la entrevista correspondiente para conocer la historia de la persona con discapacidad, las características y origen de la misma, tiempo de evolución, antecedentes personales, familiares, escolares y laborales según el caso. En función de éstos datos plantea su objetivo de evaluación e inicia con el proceso de la misma a partir de la identificación de los sistemas de evaluación susceptibles de ser aplicados e inicia la sesión de evaluación que tiene duración de entre 2 a 8 horas según el caso.

Al término de la evaluación inicia el proceso que más dedicación demanda del psicólogo clínico especialista en la evaluación de aptitudes, esto es la calificación, interpretación y análisis de resultados de las pruebas aplicadas e integración del informe correspondiente, el cual debe contener la información detallada, sistematizada y sustentada en la clínica, el examen mental, en la psicometría y en la calificación cuantitativa y cualitativa de las muestras de trabajo aplicadas.

El papel que juega el psicólogo evaluador en el proceso de la rehabilitación para el trabajo es de suma importancia, Athelstan (1993) señala que el psicólogo evaluador, también conocido como evaluador ocupacional, tiene la responsabilidad en consulta con el consejero y el médico especialista en el desarrollo de la evaluación y del entrenamiento para el trabajo. Debe aportar información valiosa de hábitos, habilidades y disposición laboral de la persona con discapacidad candidata al empleo, así también como posibles modificaciones en el empleo que pudiesen facilitar la integración al mismo.

En el CNMICRIL, los datos que el psicólogo especialista en evaluación de aptitudes genera en el informe de evaluación son los siguientes:

- I. Ficha de identificación
- II. Descripción de la persona
- III. Antecedentes
- IV. Desarrollo de la evaluación
- V. Descripción cuantitativa y cualitativa de la evaluación
- VI. Conclusiones

I. Los datos relevantes que se indagan en la entrevista para conformar el apartado de ficha de identificación son:

- Nombre completo
- Edad y fecha de nacimiento
- Escolaridad (último grado de estudios)
- Estado civil
- Diagnóstico médico y de discapacidad
- Ocupación
- Número de expediente
- Lugar de procedencia
- Objetivo de la evaluación de aptitudes
- Fecha de evaluación.

II. Descripción de la persona, es un apartado en el que se describe la apariencia física, de tal manera que quien lo lea pueda hacerse una idea de cómo es, estos datos son:

- Descripción física
- Uso de aparatos ortésicos y/o protésicos
- Malformaciones o amputaciones
- Facies
- Estado de ánimo
- Comunicación
- Examen mental

III. Los antecedentes es la información acerca de su desarrollo personal hasta el momento actual y la dinámica familiar:

Personales. Son datos relacionados con el tipo de discapacidad, origen, evolución, trayectoria escolar y laboral.

Familiares. Información de la dinámica familiar, repercusiones por la discapacidad y los recursos económicos y psicológicos con los que cuentan para apoyar a un miembro con discapacidad dentro de ella.

Sociales. Son los elementos externos que le han favorecido o no para su integración.

IV. En este apartado se hace la descripción de la actitud del evaluado durante todo el proceso, describiendo detalladamente su comportamiento, temperamentos o actitudes, como la habilidad para seguir instrucciones, capacidad para aceptar supervisión y presión de tiempo, habilidad para trabajar en equipo, para mantener atención y concentración estables por tiempo prolongado, etc., mismas que nos pueden dar idea de cuáles son sus rasgos de personalidad y poder establecer un pronóstico de integración laboral.

V. Descripción cualitativa y cuantitativa de la evaluación es el apartado de mayor significancia dentro del proceso ya que es en éste donde se hace la descripción en términos estadísticos de su desempeño en relación a los grupos normativos con los cuales se comparan sus ejecuciones con base en su discapacidad y el pronóstico de integración laboral de acuerdo a las Normas de Métodos, Tiempos y Movimientos (MTM) si es el caso o de capacitación para el trabajo, u orientación vocacional. Se describen con precisión las aptitudes relevantes y los factores cognoscitivos subyacentes que se involucran en cada una de ellas y se relacionan con las expectativas, las áreas de interés, antecedentes escolares y las posibilidades externas de trabajo.

VI. A partir de la integración de los apartados previamente descritos se generan las conclusiones de la evaluación de aptitudes o informe de evaluación donde se hacen las recomendaciones de las áreas de oportunidad que deben ser estimuladas en caso de no alcanzar con las demandas de integración laboral o que el resultado no coincida con el objetivo de la evaluación, es decir que no se obtenga el resultado esperado para su integración.

Se hacen recomendaciones de integración a la capacitación a fin de que la persona con discapacidad obtenga alguna formación específica que favorezca en corto o mediano plazo su integración laboral.

Se establecen recomendaciones de capacitación para el autoempleo en caso de que la persona con discapacidad no cuente con las aptitudes y habilidades para integración a empleo competitivo.

Se hacen recomendaciones de integración a centros de capacitación para empleo protegido Centros de Atención Múltiple (CAM laboral) donde las personas con discapacidad fundamentalmente intelectual son capacitadas en actividades de servicio donde pueden desempeñarse en tareas supervisadas.

Los resultados pueden también dar información de aptitudes y habilidades compatibles con industrias protegidas en donde las personas debido a la severidad de su discapacidad deben permanecer en actividades supervisadas la mayor parte del tiempo de su jornada de trabajo en.

Se determina si la persona con discapacidad requiere de atención especializada de apoyo psicológico dentro del CNMICRIL o requiere de inter consulta en los servicios de otros centros de atención a la discapacidad.

Los resultados de la evaluación de aptitudes son comentados con el usuario antes de ser enviados a la consejera en rehabilitación. En este proceso que puede durar

entre 1 a 5 sesiones (de 1 a 5 horas) se dan a conocer cuáles son las áreas de mejor rendimiento y hacia donde se pueden vincular con el campo de trabajo. Se identifica si las aptitudes sobresalientes coinciden con las áreas de interés y expectativas de la persona o se las estrategias que se deben seguir a fin de intervenir en las áreas de oportunidad.

CAPITULO XII

RESULTADOS

Para dar un panorama general de los resultados que se obtienen al insertar a las personas con discapacidad al trabajo, se hacen dos diagnósticos, el médico y el de evaluación, el cual corresponde al Psicólogo. Se presenta una tabla cruzada para ver la correspondencia entre ambos diagnósticos. Como se observa en la tabla 5, en general la discapacidad no necesariamente es un impedimento para la integración laboral, sino que más bien falta capacitación para habilitarlo y que adquiera herramientas que favorezcan su rehabilitación integra (p.e. uso de bastón, uso de lectura en Braille, etc.).

La profundidad o cronicidad de la discapacidad determina con frecuencia el ingreso al empleo, capacitación para el trabajo o la permanencia en un empleo protegido como en el caso de la discapacidad intelectual, quienes con frecuencia son enviados a empleos no competitivos (como auxiliares en áreas de servicio) o de custodia (industrias protegidas).

Es frecuente que los intereses o expectativas de las personas con discapacidad y su familia no coinciden con las aptitudes, es el caso de los jóvenes con hipoacusia que cursan el 3º de secundaria cuya expectativa es el ingreso a nivel bachillerato, el diagnóstico de evaluación en la mayoría de ellos recomienda capacitación para el trabajo.

La edad es un factor importante para la integración laboral, las condiciones socioeconómicas del país no ofrece oportunidades para las personas mayores de 60 años, la situación empeora cuando se agrega una discapacidad, una amputación, ceguera, vinculadas a enfermedades crónico degenerativas (Ver tabla 5).

Las condiciones externas son también factores que pueden favorecer u obstaculizar la integración al trabajo, es el caso de la discapacidad motora, el uso de silla de ruedas dificulta el traslado en los sistemas de transporte y la deambulaci3n en algunas empresas.

El planteamiento del objetivo de evaluaci3n con frecuencia no coincide con el diagn3stico de evaluaci3n debido a que el usuario no tiene claridad en sus expectativas y porque sus intereses no coinciden con sus capacidades. El resultado de la evaluaci3n es preciso y puntual al describir las capacidades y recomendaciones de integraci3n a la capacitaci3n y al empleo en funci3n de las coincidencias entre aptitudes, intereses y expectativas. El trabajo de orientaci3n vocacional, orientaci3n a la capacitaci3n o el empleo, cursos sobre conocimiento del mundo del trabajo son fundamentales.

Por otro lado se observa en la tabla 5, que el apoyo que se ofrece a diversas instituciones ajenas al Sistema Nacional DIF, tales como "Casa Alianza", "SEP", o a instituciones no gubernamentales, a las cuales se les proporciona un diagn3stico y un pron3stico de evaluaci3n, como es el caso de las personas con Deficiencia Mental, con la finalidad de conocer si pueden ser incorporadas a una capacitaci3n m3s compleja que posteriormente favorezca su integraci3n a empleo competitivo y remunerado.

Las condiciones socioecon3micas pueden ser un factor agregado que facilita o dificulta el proceso de la integraci3n (Vera Tabla 5) tal es el caso de la discapacidad en general.

La pobreza asociada a la discapacidad intelectual no favorece la rehabilitaci3n ni estimulaci3n de factores sociales e intelectuales por lo que la integraci3n de personas con discapacidad intelectual de bajos recursos se dirige a capacitaci3n en actividades segmentadas o en talleres protegidos. Situaci3n similar se observa en personas con discapacidad intelectual asociadas a da1o neurol3gico como la

epilepsia, que al no estar totalmente controlada dificulta la integración laboral en ambiente competitivo; por lo que su ubicación es en industria protegida, empresa familiar o autoempleo.

La evaluación de aptitudes también es un auxiliar en la detección de aptitudes de aspirantes a una carrera profesional o especialidad del área médica, ya que ayuda en la toma de decisiones para un proyecto de vida.

La discapacidad que no compromete la movilidad, la visión o la capacidad intelectual permite la integración laboral en ambientes regulares.

Tabla 5.

Diagnóstico Médico por Diagnóstico de Evaluación.

	AMP D	C. C./ HI P	CERVIC OB	CIEG O	D.M. D.M. /C.C	D.M. M.	D.M. S.	DAÑ O NEU	DIF. DE	DISLEXI A	HEMIPA RE	HIPOAC US
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APTO PR	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ACTIVIDA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
APTA COM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APTA PAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APTO PAR	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
APTO PRA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
ASISTENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
AYUDANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CAP. ALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CAP. ASI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAP. EN	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
CAP. EST	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

Continúa

Tabla 5.

Continuación

	AMP D	C. C./ HI P	CERVIC OB	CIEG O	D.M. D.M. /C.C	D.M. M.	D.M. S.	DAÑ O NEU	DIF. DE	DISLEXI A	HEMIPA RE	HIPOAC US	
CAP. SIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CAPACITA	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	0	3
CAPCITAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONCLUIR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTINUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EMPLEO P	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
INEGRACI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INT. A C	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
INT. A I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INT. LAB	1	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	2
INTEGRAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
INTGRACI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TRATAMIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	16	1	1	2	1	1	1	1	15

Continúa

Tabla 5.

Continuación

	PB. D.M.	PROCE SO	RETINO BL	S/D	SEC. DE	SEC. LES	SEC. P.C	SEC . POL	SEC . T.C	SX. DOW N	T.A. A.	AMPD
	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
APTO PR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ACTIVID A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
APTA COM	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
APTA PAR	0	0	0	16	0	0	1	0	0	0	0	17
APTO PAR	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	5
APTO PRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ASISTEN T	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2

Continúa

Tabla 5.

Continuación

	PB. D.M.	PROCE SO	RETINO BL	S/D	SEC. DE	SEC. LES	SEC. P.C	SEC . POL	SEC . T.C	SX. DOW N	T.A. A.	AMPD
CAP. ALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CAP. ASI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CAP. EN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
CAP. EST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
CAP. SIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CAPACIT A	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	17
CAPCITA C	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
CONCLUI R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
CONTIN UA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Continúa

Tabla 5.

Continuación

	PB. D.M.	PROCE SO	RETINO BL	S/D	SEC. DE	SEC. LES	SEC. P.C	SEC . POL	SEC . T.C	SX. DOW N	T.A. A.	AMPD
EMPLEO P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
INEGRA CI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
INT. A C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
INT. A I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
INT. LAB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
INTEGRA C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
INTGRAC I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TRATAMI E	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	2	1	1	18	1	1	2	1	1	3	11	85

CAPITULO XIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

"El trabajo es, en primer término, un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materias con la naturaleza. En este proceso, el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y la mano, para de ese modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda. Y a la par que de ese modo actúa sobre la naturaleza exterior a él y la transforma, transforma su propia naturaleza, desarrollando las potencias que dormitan en él y sometiendo el juego de su fuerza a su propia disciplina."

Karl Marx.

El trabajo es el medio por el cual las personas interactúan socialmente, ponen en práctica sus habilidades, generan un ingreso y contribuyen al desarrollo social. Es un derecho de todas las personas en edad productiva, sin embargo quienes tienen discapacidad enfrentan dificultades en la búsqueda, obtención y permanencia en un empleo regular, debido a las propias limitaciones que la discapacidad les impone, pero también por las restricciones externas a las que se enfrentan, tales como el contexto familiar, las condiciones sociales y las demandas y oportunidades de trabajo, incluso las ideas que la persona tiene sobre sí misma o de la sociedad hacia él en relación a las posibilidades y capacidades para trabajar.

Cuando por cualquier circunstancia la persona ha adquirido alguna discapacidad debe sumarse de manera activa a programas de rehabilitación que le ayuden a desarrollar habilidades escolares y laborales para integrarse a la sociedad en forma productiva para sí mismo y su familia. Este proceso de rehabilitación profesional involucra diferentes acciones de orientación, evaluación y seguimiento.

El proceso de la evaluación se dirige a obtener información acerca de la persona, identificar con precisión sus características específicas, ayudar a la toma de decisiones para su integración laboral y evitar en lo posible el fracaso y la deserción laboral.

El conocimiento de las propias capacidades, habilidades, intereses y características le ayudan a tener un mejor concepto de sí misma y a identificar un proyecto de vida viable, a través de la evaluación se hace consciente a la persona con discapacidad de sus cualidades y de las oportunidades que tiene para integrarse a un empleo regular, le ayuda a identificar el campo laboral en el que se pueden poner en práctica y modificar factores internos y externos.

Para Verdugo y Jenaro (1994), la evaluación profesional es la que se dirige a las personas que por su condición de discapacidad no tienen la misma oportunidad de incorporarse a un empleo remunerado por sí mismos.

La evaluación de aptitudes es una actividad entre otras que el psicólogo clínico realiza en la institución de referencia para obtener el perfil del evaluado o del candidato el cual será contrastado con el perfil del puesto que realiza el consejero en rehabilitación.

La experiencia en evaluación de aptitudes con muestras de trabajo para la integración laboral de personas con discapacidad que se ha tenido por casi 25 años, reconoce que son una herramienta importante para realizar observaciones directas de la ejecución de cada persona tanto para el evaluador como para el evaluado, es decir de retroalimentación inmediata; tienen fundamentos estadísticos para la comparación de su ejecución con un grupo normativo de referencia que colocan su ejecución dentro de una puntuación percentilar en calidad y rapidez y en normas de competitividad llamadas Medición de Métodos, Tiempos y Movimientos (normas MTM).

Las muestras de trabajo evalúan en una situación simulada o similar a un empleo donde se ponen en práctica aptitudes y habilidades en relación a una serie de empleos donde se usan además diversas herramientas mecánicas, eléctricas y de oficina.

Por otro lado el psicólogo especialista en evaluación acopia información de características laborales a partir de la observación directa del comportamiento de la persona con discapacidad durante el proceso de la evaluación, como capacidades cognoscitivas, habilidades perceptuales, capacidad de razonamiento, uso de lenguaje, manejo de conceptos numéricos, habilidades motoras, etc., asimismo características individuales como adaptabilidad a situaciones nuevas, tolerancia a la frustración y a la supervisión, pertenencia a grupos, trabajo en equipo, seguimiento de instrucciones, etc. Estas conforman el perfil del evaluado aunado a otros factores como las preferencias vocacionales, condiciones de trabajo, la preparación vocacional específica, entre otras, el cual será comparado con el perfil del puesto, es decir con las demandas que cada puesto exige.

La comparación del perfil del hombre con el perfil del puesto, es con la intención de encontrar la mayor coincidencia entre ambos y elegir un empleo en el que el evaluado tenga mejores posibilidades de ingreso, permanencia y desarrollo. Debe identificar no sólo aspectos individuales sino los relacionados con su entorno, familiar, social y del puesto de trabajo, proceso al que se le ha denominado evaluación ecológica (Arnaiz & Guerrero, 1999; Álvarez & García, 1997; Verdugo & Jenaro, 1994).

Por otro lado, es necesario que el psicólogo evaluador sea experto en pruebas psicológicas, pero además que posea un vasto conocimiento de las condiciones que prevalecen en el ambiente laboral, debe estar actualizado en las modificaciones que este sector va conquistando a partir de la modernización y uso de nuevas tecnologías y en las oportunidades de capacitación en y para el trabajo que se tienen en la comunidad.

Requiere conocimiento en las diferentes variantes de evaluación, de tal manera que se emplee la evaluación más adecuada para cada persona y discapacidad. Es deseable que el psicólogo especialista en evaluación tenga amplio conocimiento del campo laboral, así como de planes y carreras técnicas y profesionales. El éxito de la integración laboral depende de la evaluación de la persona, de su entorno inmediato (familiar, social y laboral), es decir de la evaluación ecológica.

La evaluación de aptitudes precisa de instrumentos de medición de las capacidades y habilidades de un trabajador con discapacidad en igualdad de circunstancias que las personas sin discapacidad encaminadas a la integración en empleo ordinario o competitivo. Debe describir lo que puede hacer y no remarcar lo que no puede hacer ya que es evidente en relación a la discapacidad.

En función de las necesidades de cada persona y la edad en la que se encuentre, pueden emplearse evaluaciones académicas dirigidas a la búsqueda de un proyecto de vida, la evaluación curricular de competencias y habilidades sociales en etapa escolar, ésta normalmente la realiza el profesor de escuela especial o regular. La evaluación continua permite identificar los cambios que el estudiante con discapacidad va logrando a lo largo de su desarrollo escolar y de capacitación dirigida a la integración laboral. La evaluación laboral ayuda a identificar las capacidades requeridas en la integración social como fin último de la rehabilitación.

El conocimiento del mundo del trabajo a través de la observación directa, la descripción y análisis de puestos y el uso de la ergonomía son auxiliares en el proceso de la evaluación. El proceso interdisciplinario entre las áreas que integran el equipo de la rehabilitación profesional es fundamental. El conocimiento profundo de la persona con discapacidad con la aplicación de diversas técnicas genera un perfil del evaluado o candidato, en tanto que el estudio del medio como el ambiente real de trabajo, uso tecnologías, las modificaciones y ergonómicas ayudarán en la decisión más confiable y realista de la integración laboral.

Un cambio de paradigma en la evaluación de aptitudes exige compromisos pero obtiene ganancias en la toma de decisiones donde las probabilidades de rechazo o fracaso laboral se reducen al máximo.

La evaluación ecológica es entre toda la gama de alternativas de evaluación la que mejores resultados ofrece con respecto a las capacidades de las personas con discapacidad, y se refiere a la observación directa en el lugar de trabajo o en situaciones de simulación en ambientes controlados.

Por las condiciones económicas del empleo en nuestro país la simulación del trabajo ha sido el método de evaluación más usado, es un indicador para identificar el beneficio de que la persona con discapacidad reciba capacitación en o para el trabajo. La trayectoria laboral en el caso de quienes ya la han tenido, es un elemento útil para la búsqueda de un nuevo empleo (colocación selectiva).

Finalmente se puede decir que la evaluación por simulación de trabajo ofrece ventajas directas sobre la persona ya que tiene retroalimentación directa de su desempeño y actitudes y la posibilidad de modificar las que interfieren en el ambiente laboral real, claro esta en presencia siempre de un psicólogo experto en esta.

Por último se podría hablar de algunas limitaciones que trae consigo la evaluación, por un lado la falta de instrumentos confiables y válidos en personas con limitaciones severas o aplicación de instrumentos existentes no dirigidos a personas con discapacidad. Muchos instrumentos tradicionales están referidos a una norma más que a un criterio y requieren ser estandarizados a población con discapacidad. No necesariamente por estar referidos a una norma dejan de ser útiles, han sido usados por mucho tiempo y ofrecen claras ventajas por la investigación estadística que los sustenta, sin embargo es necesario que se empleen evaluaciones referidas a criterios cuando se trata de integración con apoyo de personas con discapacidad, ya que se identifican sus capacidades en si

mismas y cómo podrá aplicarlas en un ambiente real de trabajo, si se toma en cuenta la norma es altamente probable que salga de ella y por tanto no sea considerado apto.

Otra de las limitaciones que puede mencionarse es en relación al uso de resultados de pruebas psicológicas y psicométricas no estandarizadas con población con discapacidad como valor predictivo, es decir énfasis en lo que no logra en relación con una población normal, en contraste con muestras de trabajo que cuenta con grupos normativos para cada una de las discapacidades y ofrecen la posibilidad de destacar lo que si puede hacer cada persona e identificar áreas con déficit en las cuales incidir para fortalecer habilidades.

Se sugiere que la evaluación de aptitudes a partir de cualquier instrumento no debe ser considerada como un fin sino como un medio de aproximación al conocimiento del individuo, es un complemento de investigación y no deben dejarse de lado otros elementos de igual relevancia como la entrevista, análisis de su desarrollo personal, escolar y laboral y observación directa de su ambiente natural.

Asimismo se propone a la entrevista como la herramienta más valiosa de la evaluación, ayuda a profundizar en la información que se puede obtener a través de los padres o familiares directos, profesores y empleadores.

Por otra parte, no deben soslayarse factores motivacionales inherentes a cada individuo, el empleo en si representa una fuente de satisfactores que lo motivan a permanecer en él, estos aspectos con frecuencia no se identifican a partir de la evaluación de aptitudes. El ambiente laboral puede ser motivante y generador de expectativas de crecimiento sin que necesariamente involucre las aptitudes críticas de la persona con discapacidad.

En conclusión se puede proponer que la evaluación de aptitudes con muestras de trabajo es un complemento de evaluación en el trabajo, (situación real de trabajo) para identificar en qué puesto pudiese ser colocado, es una evaluación continua y a la vez un proceso de entrenamiento y desarrollo de habilidades. Se tiene retroalimentación directa de sus habilidades, y preferencias vocacionales, identificación de áreas de capacitación.

La evaluación con muestras de trabajo ofrece la posibilidad de hacer generalizaciones hacia diferentes grupos de trabajo que involucran las aptitudes y habilidades que se identifican, así como factores sociales relacionados con los temperamentos o actitudes hacia el trabajo. La observación directa aporta riqueza de información en capacidades, habilidades y actitudes en y hacia el trabajo. Identificar posibilidades de éxito y a la vez áreas de entrenamiento o de posibles modificaciones en el ambiente a partir de la evaluación situacional o evaluación ecológica.

Es indispensable la modernización de los sistemas de evaluación por muestras de trabajo acordes al campo laboral actual ya que existe un desfase y van siendo obsoletas, deben responder a las demandas del mundo del trabajo.

Como auxiliar y complemento de la evaluación de aptitudes encaminada a la integración laboral, la clasificación detallada que hace de la discapacidad la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), es una herramienta útil, principalmente cuando se emplea en área clínica para investigar el funcionamiento real dentro de un ambiente de trabajo competitivo. La información que se obtiene con éste instrumento puede ser complementada con cualquier otra técnica de evaluación objetiva, que pueden ser desde la entrevista, observación directa o diferentes pruebas de lápiz y papel.

REFERENCIAS

- Acero, N.M. (1989). *Manual básico de rehabilitación profesional*. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP): Bogotá, Colombia.
- Acero, N.M. (1992). *Curso básico en rehabilitación profesional*. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP): Bogotá, Colombia.
- Alegre de la Rosa, O.M. (2000). *Diversidad humana y educación*. Málaga: Aljibe.
- Alvarado, R.M. (1998). *Construcción de una pedagogía para la integración*. Serie integración normalizada en la formación para el trabajo un proceso de inclusión social. Módulo 1 Montevideo: CINTERFOR.
- Álvarez, R. V. y García, P.C. (1997). *Orientación vocacional de jóvenes con necesidades especiales. Un programa de transición a la vida adulta*. Madrid: EOS.
- American Association on Mental Retardation (2002). *Mental retardation. Definition, classification, and system of supports*. 10ª ed. Washington: AAMR.
- Arnáiz, S.P. y Guerrero, R.C. (1999). *Discapacidad psíquica: formación y empleo*. Málaga: Aljibe.
- Athelstan, G. T. (1993). Evaluación y manejo ocupacional. Kottke, F.J. y Lehmann, J.F. (Ed.). *Krusen Medicina física y rehabilitación* (184-211). Madrid: Medica Panamericana.
- Banco Mundial (2007). *Measuring disability prevalence*. Marzo.
- Borges, B., Cruz, G., Aguilar, M.I., Cabrera, M., Hernández, A., Quintos, R., Cesar, O., Salazar, O., Hernández, S., Ramírez, M.L., Esquivel, B., Domínguez, B., Pérez, P., Peláez, A., y Granados, E. (2004). *Manual de Rehabilitación para el Trabajo*. México: Sistema Nacional DIF.
- Casado, D. (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. México: INEGI.
- Duque de Manzur, M., y López B. (1998). *Punto de partida de la formación laboral: Evaluación de ingreso*. Serie integración normalizada en la formación para el trabajo un proceso de inclusión social. Modulo 2. Montevideo: CINTERFOR.
- Espina, A. y Ortego, M. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. España: Editorial CCS.
- Gamio, A. (2008). *El lenguaje como primer factor de inclusión*. *Lev Kadima*, 12 (17), 36-39.
- Green, E. (1979). *Guide for Occupational Exploration*. U.S. Department of Labor.
- Ibáñez, P. (2002). *Las discapacidades*. Madrid: Dykinson.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*.

- Lifshitz W., T. I. (1983). *Panorama histórico de la atención al niño minusválido en México*. Documento Inédito.
- Lynn, M. & Jones R. T. (1991). *The Revised Handbook for Analyzing Jobs*. U.S: Department of Labor.
- Marshall, R. (1977). *Dictionary of Occupational Titles*. U.S: Department of Labor.
- Marx, K., y Engels, F. (2010). *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. México: Colofón.
- Mora, A., Córdoba, L., Bedoya, A. y Verdugo, M. (2007). Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual en la ciudad de Cali, Colombia. *Diversitas*, 3 (1), 37-54.
- Oficina Internacional del Trabajo (1981). *La rehabilitación profesional de los impedidos. Participación e igualdades plenas*. Separata de la parte 1 del informe del Director General a la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo (1983). *Readaptación Social y Empleo de Personas Inválidas*. Ginebra: Conferencia Internacional del Trabajo.
- Oficina Internacional del Trabajo (1998). *Readaptación Profesional y Empleo de Personas Inválidas*. Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1973). *Centros de evaluación de aptitudes y preparación de los inválidos para el trabajo*. Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1974). *Principios fundamentales de la readaptación profesional de los inválidos*. Ginebra.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (1999). *Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Guatemala: OEA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Editor: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, España.
- Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (2009-2012). (2009). *Por un México incluyente: construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad*. México: Secretaria de Salud/Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad Secretaria de Salud. Consejo Nacional para las personas con discapacidad.
- Rolander, Y., Montes, B. y Culebro, R. (2008). *Armonización legislativa en materia de discapacidad en México: actualidad y retos*. México: Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, A. C.

- Sacks, O. (2003). *Vejo una voz, viaje al mundo de los sordos*. Barcelona: Anagrama.
- Seyfried, E. (1996). Políticas de rehabilitación integral. En Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, INSERSO Ed. (51-66). *La discapacidad en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, INSERSO.
- Torres, M.S.; Rodríguez, S.J.M.; Santana, H.R.; González, C. A. (1995). *Deficiencia auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- Verdugo, A. y Jenaro, C. (1994). Evaluación profesional de personas con discapacidad. En M. A. Verdugo (dir.), *Evaluación curricular: Una guía para la intervención psicopedagógica* (pp. 573-612). [Versión electrónica], Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, A., y Bermejo, B. (1999). *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.