

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“ATENCION PSICODIAGNOSTICA Y
PSICOEDUCATIVA A PACIENTES PEDIATRICOS
CON PCI EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACION”**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

GABRIELA ARIANNA CEDILLO TORRES

DIRECTORA: MTRA. ALICIA MIGONI RODRIGUEZ



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

CIUDAD UNIVERSITARIA

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM. 236

2010

ej. 2

M-

TPs.

DEDICATORIAS

GRACIAS A DIOS

Por permitirme concluir este proyecto que es de gran importancia para titularme como Lic. En Psicología, dándome vida, fuerza, inteligencia, tenacidad, responsabilidad para lograr mis metas y logros, tanto académicas como en lo personal. **TE AMO PADRE**

A MIS PAPIS

Ma. Guadalupe Torres González y Héctor Leonardo Cedillo Fragoso

Por ser mi mayor motivación, mis guías y mis grandiosos padres que Dios me ha dado, este proyecto se los ofrezco con todo mi amor y agradecimiento por todo lo que me han dado y apoyado durante toda mi vida, siempre con amor, dedicación, esfuerzo, disciplina, y responsabilidad para seguir con mis metas.

A MIS HERMANAS

Sandy Cedillo Torres

Por estar al pendiente de mi formación y compartir todos los momentos importantes y difíciles de mi vida, gracias por tu comprensión y apoyo hermanita.

Arianna G. Cedillo Torres

Flaquita desde que nacimos estamos juntas, para mí es un gran privilegio compartirlo casi todo, gracias por estar conmigo en todos los momentos, somos cómplices en las travesuras, alegrías, tristezas, enojos, discusiones, sueños y logros. Así como concluí este proyecto deseo ser tu motivación para que sigas superándote y logres todas tus metas. ¡TQM!

A MIS HERMANOS

Oscar M. Cedillo Torres y Héctor I. Cedillo Torres

¡Lo logré hermanos!, gracias por estar siempre al pendiente de mi formación profesional y ser un ejemplo para seguir superándome, los Quiero.

A MIS ABUELITOS

Por su apoyo moral y amor que nos tienen.

A MI TÍA CARMELITA

Por todo su cariño, su preocupación por que estemos bien, y estar pendiente de las gemelitas. La quiero mucho Tía.

A MIS MADRINAS

Ma. De los Ángeles Hernández y Lupita Hernández

Por su cariño e interés por continuar mi vida profesional y ser una mejor persona.

A MIS TIOS Y TÍAS MATERNOS Y PATERNOS

Por su apoyo moral

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por mi formación personal y profesional que he recibido desde mi bachillerato, de manera gratuita, con calidad, profesionalismo y ética.

A la *Facultad de Psicología*, desde que me informaron el ingreso a la Licenciatura de Psicología hasta el último día que me permitió formarme profesionalmente y a todos mis maestros de quienes aprendí una gran ciencia llamada Psicología y la gran responsabilidad de ejercerla con amor, profesionalismo y ética.

A mi maestra y amiga, *Mtra. Alicia Migoni Rodríguez*, por ser la Directora de mi Informe Profesional, tus enseñanzas, consejos, supervisiones que con paciencia, guía y conocimientos muy importantes logramos terminar este proyecto. Gracias por la confianza y amistad, tienes todo mi respeto y admiración de todo lo que he aprendido de ti, tanto personal como profesionalmente.

A mis maestras, *la Lic. Leticia Bustos de la Tijera, Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarola, Lic. Rosa Maritza Martínez Cárdenas, y la Lic. María Concepción Conde Álvarez*, por ser mis revisoras, y recibir sus aportaciones, orientaciones y sugerencias brindadas para el desarrollo de este trabajo.

Al *Instituto Nacional de Rehabilitación* por permitirme participar dentro de su programa de Servicio Social en el Área de Rehabilitación Pediátrica del departamento de Psicología, el haber pertenecido al grupo de profesionistas aplicando los conocimientos adquiridos en el aula durante mi formación profesional, así como obtener nuevos aprendizajes en práctica de la atención a niños con Parálisis Cerebral Infantil.

A mi Jefa y amiga en el INR, *la Lic. Patricia Hernández* por todo el apoyo incondicional que me brindaste durante mi Servicio Social, el haberme compartido tus conocimientos en el ámbito hospitalario, mi respeto y admiración por el valioso trabajo que desempeñas como Psicóloga y como persona.

A *todos los niños* que atendí en el Área de Rehabilitación Pediátrica y a sus papás por comprometerse con el tratamiento que se les proporcionó, aprendí de cada uno de ellos la manera de luchar ante la adversidad y superar obstáculos.

A *la Lic. María Becerril y Lic. Socorro Ferreira* por su amistad y compartir sus conocimientos en terapia de Lenguaje, por su ejemplo, confianza, nobleza, y desempeño, en su trabajo y como personas.

A mi grandiosa amiga *Lic. Rosa María Reyes Rojas* por todos los momentos inolvidables que hemos compartido juntas, le doy gracias a Dios por haberme permitido conocerte en el momento indicado, por todas tus atenciones, cariño, respeto, admiración, levantándome siempre el ánimo cuando quiero desistir demostrándome que aun en la distancia estarás al pendiente de mi, gracias por ser maravillosa conmigo. ¡RG4VR!

Cinthia Stavoli gracias por tu amistad, conversaciones llenas de lagrimas, risas y de sucesos especiales que jamás se me olvidaran, por estar siempre en las buenas y en las malas, y por el gran cariño que te tengo hermana.

Ivon Rojas por todo el apoyo moral, e interés de que concluyera este proyecto. Gracias por tu amistad, confianza y por todo el tiempo que convivimos en lo personal y profesional, anhelo que nuestra amistad siempre perdure.

A todas mis amigas de la Facultad de Psicología *Francia, Norita, Dolores, Rocío, Arely, Pamela, Faby, Rosita*, que compartimos momentos increíbles en el salón de clases y fuera de ellos, gracias por todo porque hemos crecido juntas y apoyado en todo momento. Este pensamiento es para ustedes:

"La amistad es el más noble y sencillo de los sentimientos.

Crece al amparo del desinterés, se nutre dándose, y florece con la comprensión.

Su sitio está junto al amor, porque la amistad es amor.

Solo los honrados pueden tener amigos, porque la amistad no admite cálculos, ni sombras, ni dobleces

Exige, en cambio, sacrificio y valor, comprensión y verdad; verdad sobre todas las cosas".

Horacio E. Ratti

INDICE

RESUMEN	1
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL	2
CONTEXTO INSTITUCIONAL	3
a) Organización Institucional	8
CONTEXTO DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL	14
a) Área de Rehabilitación Pediátrica: Parálisis Cerebral y Estimulación Temprana	14
b) Tipos de Terapia	14
c) Requisitos de Admisión	15
d) Líneas de Investigación	15
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EN REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	16
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL CON PACIENTES DE PCI	17
a) Psicodiagnóstico	19
b) Apoyo Psicoeducativo	22
OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	28
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	29
a) Entrevista Clínica	29
b) Terapia Racional Emotiva (TRE)	30
c) Terapia Enfocado en el Cliente de Carls Rogers	34
d) Relajación Diafragmática combinada con Imaginería dirigida	38
e) Instrumentos Psicológicos	41
e.1) Escala de Desarrollo Infantil Bayley	41

e.2)Escala de Desarrollo Infantil Gesell	45
e.3)Escala de Inteligencia Weschler para los niveles preescolar y escolar WIPPSI	49
e.4) Escala de Inteligencia Weschler Revisada para el nivel escolar WISC-R	57
e.5)Test Gestáltico Visomotor de Bender	65
e.6) Integración Visomotriz VMI	69
e.7) HTP (casa árbol y persona)	73
e.8)Test de la Familia	75
f) Software Educativo PIPO	78
RESULTADOS OBTENIDOS	84
a) Expectativas y habilidades desarrolladas en el INR	88
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	90
REFERENCIAS	93
ANEXOS	97

RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social reporta las actividades realizadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el Área de Rehabilitación Pediátrica en el Servicio de Psicología con niños(as) con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) durante su hospitalización.

Se atendieron a niños(as) con PCI con una edad de 6 a 11 años en tres niveles: Psicodiagnóstico, Apoyo Terapéutico a los pacientes y a los padres de familia, y Atención Psicoeducativa.

Mostrando como el psicólogo clínico pasante incursiona en un ambiente hospitalario y trabaja con la discapacidad de manera que fomentemos la salud mental y emocional de los padres de familia y de sus hijos, promoviendo la aceptación y superación de la discapacidad, las ansiedades y temores de la misma, expresando todo tipo de emociones como angustia, impotencia, inseguridad y desconcierto ante lo que sucederá durante la hospitalización y en su vida cotidiana, fortaleciendo las habilidades psicológicas y emocionales haciendo énfasis en la capacidad de reconocer los logros, talentos y aceptar los fracasos que es parte de la superación ante las propias limitaciones físicas. En los padres de familia fomentamos los lazos de afecto entre cada miembro de la familia, situándolos en la realidad de lo que le sucederá a su hijo (a) en el proceso hospitalario, concientizando la responsabilidad que tienen como padres para la atención y seguimiento al tratamiento de su hijo.

El informe que sustento, me permite describir el trabajo terapéutico a través de la Terapia Racional Emotiva simultáneamente con la Terapia Centrada en el Cliente, así como de otras técnicas terapéuticas para favorecer el desarrollo de sus capacidades y habilidades ante su discapacidad, aceptándose y respetándose a sí mismos, buscando soluciones para superar las limitaciones que les produce la discapacidad a nivel personal, de salud, escolar, familiar, social y cultural.

El trabajo psicoeducativo dentro del hospital se maneja de manera integral para su tratamiento, esto les ayudó a tomar decisiones, resolver problemas y construir aprendizajes significativos con una participación activa y cooperadora durante su estancia en el hospital, evitando efectos negativos ante la hospitalización como el estrés, angustia, y miedo.

De esta manera favorecimos la salud mental y emocional de las personas con discapacidad y de su familia, mejorando la calidad de vida de los niños(as) con Parálisis Cerebral Infantil.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL

Atención Psicodiagnóstica y Psicoeducativa a pacientes Pediátricos con PCI en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Que el pasante de servicio social se habilite en el diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos de comunicación humana, ortopedia y rehabilitación.

Objetivo específico del Área de Rehabilitación Pediátrica:

"El pasante conocerá aprenderá y aplicará diversas evaluaciones psicológicas para realizar la integración psicológica a niños con discapacidad motora (Parálisis Cerebral Infantil), realizar entrevistas hacia los padres de familia. Así mismo brindará el apoyo a pacientes de edad preescolar y escolar que presentan Necesidades Educativas Especiales".¹

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.



La creación del INR obedeció a las necesidades para la atención rehabilitatoria a las discapacidades del mexicano en sus diferentes problemas de salud. En el mismo se encuentran los Institutos Nacionales de la Comunicación Humana, Medicina de Rehabilitación y Ortopedia, que formaron parte de la Dirección General de Rehabilitación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y contaron con una orientación bien definida hacia la atención de pacientes con problemas de discapacidad del sistema músculo-esquelético, de la audición, voz y lenguaje.

El Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, ubicado en Av. Mariano Escobedo No.150 Col Anáhuac, dependiendo de la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A fue fundado en el año 1952 y el 13 de abril de 1976 fue transformado, por el acuerdo del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

El Instituto Nacional de Ortopedia por su lado tuvo su antecedente en el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, fundado en el año de 1952. En 1968 fue transformado en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred, ubicado en Av. Miguel Othón de Mendizábal No.195 Col. Zacatenco. El día 13 de abril de 1976, por acuerdo del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, se transformo en Instituto Nacional de Ortopedia.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN. 2009. www.inr.gob.mx

En Instituto Nacional de la Comunicación Humana, se fundó en el al año de 1954 cuando abrió sus puertas al público en el Instituto Nacional de Audiología, el cual en el año de 1969 se fusionó con la Escuela Nacional de Sordomudos, dando origen al anterior Instituto Nacional de la Comunicación Humana, ubicado en la calle Francisco de P. Miranda No.177. Col. Merced Gómez.

La fusión de los entonces Institutos Nacionales de la Comunicación Humana, Medicina de Rehabilitación y de Ortopedia, motivó que con fecha 7 de agosto de 1997 se creará el Centro Nacional de Rehabilitación como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

El 22 de junio de 2005 se publica en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F) la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación como Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio con autonomía técnica administrativa y operativa, en los términos de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y la Ley Federal de Entidades Paraestatales agrupado en el Sector coordinado por la Secretaría de Salud, que tiene por objeto, en el campo de la rehabilitación, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios médicos de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional.

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), es una Institución única en su género en México y América Latina, fue creado para disminuir la incidencia de la discapacidad, así como los servicios de atención médica que reducen la letalidad a expensas de dejar secuelas discapacitantes. En 1973 la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), ofrecieron sus servicios para la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes

discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: "Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas".²

Con la suma de los esfuerzos humanos, materiales y financieros de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Comunicación Humana y Ortopedia, el Instituto Nacional de Rehabilitación se ha colocado como una Institución innovadora, diferente por su concepto de modernidad médica diversa, transformadora de la realidad social y equitativa en la distribución del gasto a la salud.

El INR tiene por **objetivo** contribuir en el avance de la investigación científica, en la formación y capacitación de recursos humanos calificados y en la presentación de servicios médicos de alta especialidad, en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad.

Su **misión**, apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad. Proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados, con un alto sentido humanista y abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

Formar y capacitar recursos humanos para la rehabilitación, con la mejor participación científica y humanista, que puede emplear equipos y tecnología de punta; con una actitud de superación continua; con aptitudes para la docencia y con capacidad para la investigación científica; que puede actuar como líderes del equipo benéfico social en su especialidad.

²Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual General de Organización. México, 2009

Desarrollar investigación científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; de sus mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; de la sustitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; de los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas, así como de los aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

Su **visión** ser una Institución líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas. Formará parte de los Institutos Nacionales de Salud, será la institución médica de más prestigio en su campo en el país y estará ubicado entre las instituciones médicas más altamente calificadas y certificadas a nivel nacional e internacional. Será el Instituto donde se desarrolla la investigación, básica, clínica y tecnológica de más alto nivel en materia de discapacidad.

Contará con infraestructura y tecnología de punta, con una amplia y completa red informática que lo convertirá en el primer hospital inteligente de América Latina.

Tendrá una estrecha relación con los Institutos Nacionales de Salud, complementando sus acciones, bajo convenios de coordinación.

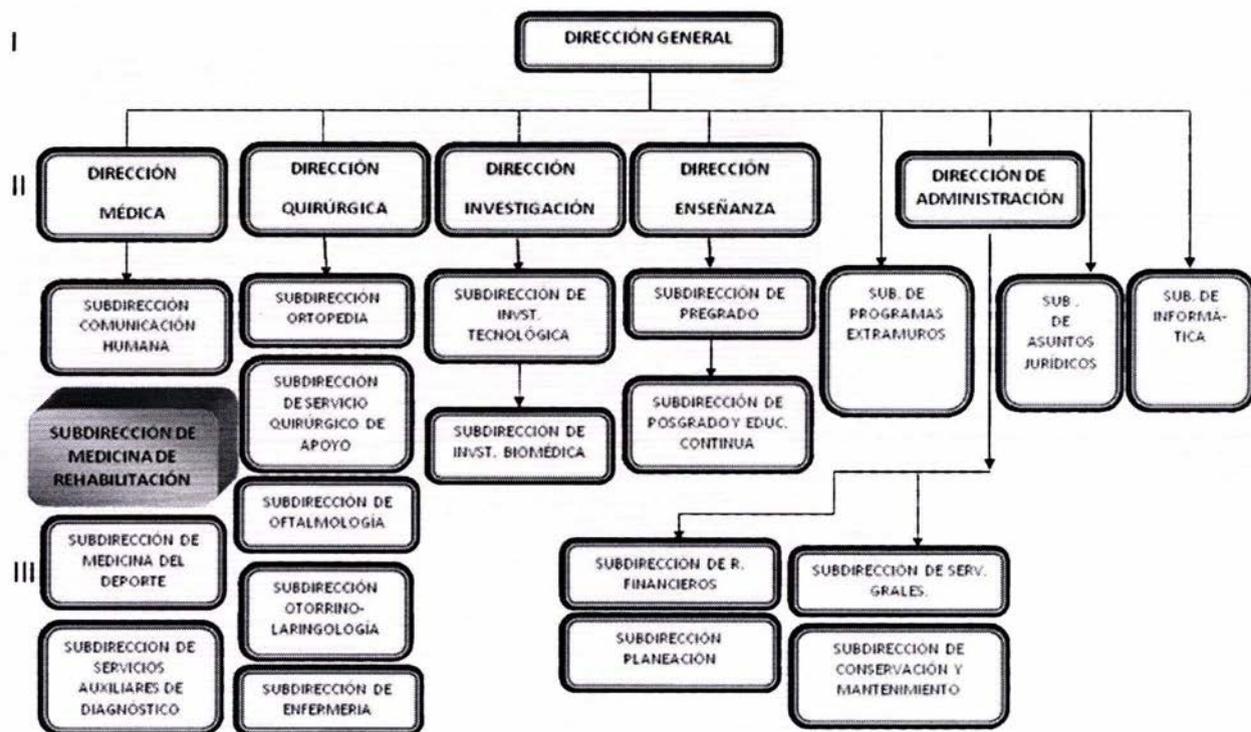
Asimismo, establecerá intercambio con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales, será centro asesor de la Organización de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

El Instituto Nacional de Rehabilitación a corto plazo se propone:

“ Apoyar las acciones de asistencia social que coordina la Oficina de la Presidencia de la República, con el vigoroso beneficio de la medicina avanzada en la lucha contra la discapacidad.

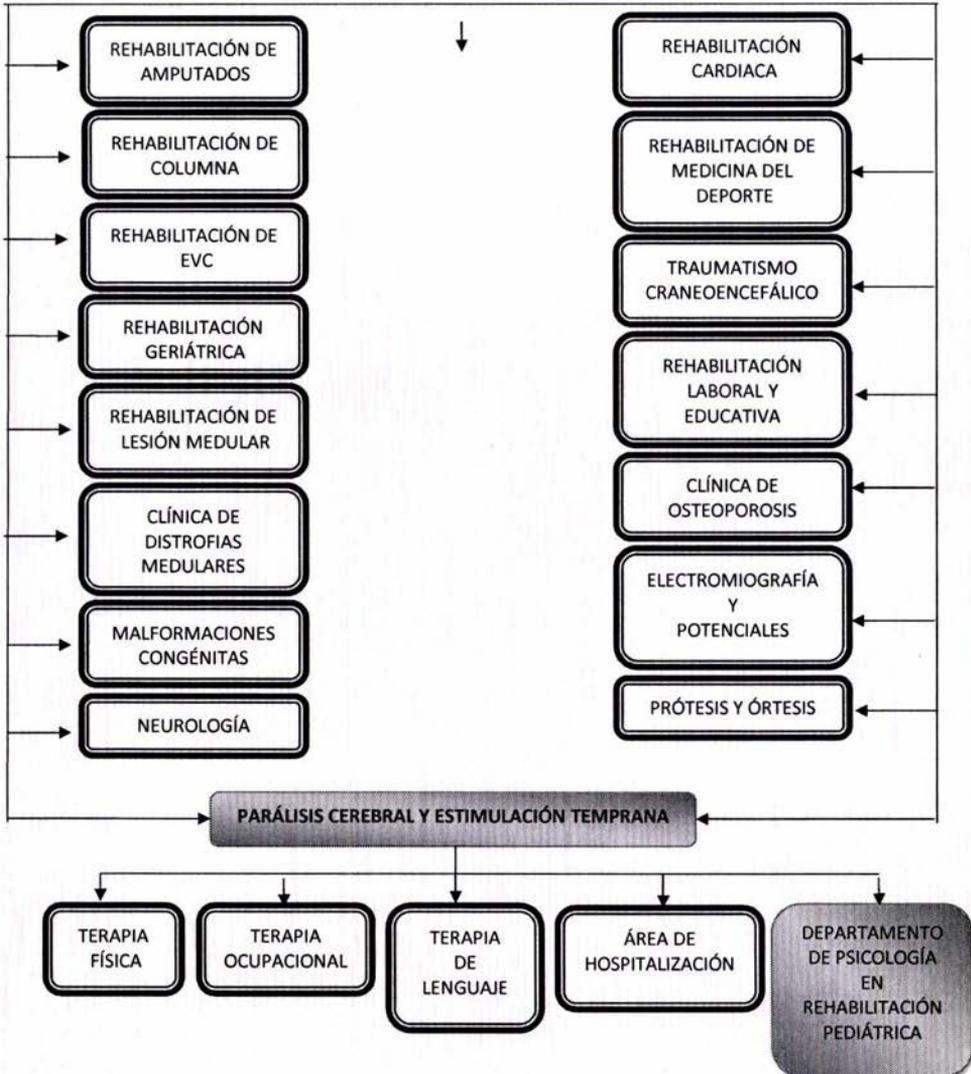
- “ Formación de recursos humanos, médicos y técnicos de su competencia.
- “ Asegurar permanentemente la atención médica de excelencia al Sistema Nacional de Rehabilitación, a través de la educación continua programada con los recursos de tele-enseñanza.

CUADRO 1
ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL INR



Cuadro 2.

SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN



Organización Institucional ³

La estructura organizacional del INR está integrada en tres niveles, el primer nivel se destaca por la Dirección Médica, el segundo nivel todas las direcciones que conforman el INR y el tercer nivel todas las subdirecciones (**Cuadro 1**).

Para entender la estructura organizacional la Dirección General está organizada por:

Dirección Médica

- a) Subdirección de Medicina de la Comunicación Humana
- b) Subdirección de Medicina de Rehabilitación
- c) Subdirección de Medicina del Deporte
- d) Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Servicios Paramédicos

Dirección Quirúrgica

- a) Subdirección de Ortopedia
- b) Subdirección de Servicio Quirúrgico de Apoyo
- c) Subdirección de Oftalmología
- d) Subdirección de Otorrinolaringología
- e) Subdirección de Enfermería

Dirección de Investigación

- a) Subdirección de Investigación Tecnológica
- b) Subdirección de Investigación Biomédica

³ Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual General de Organización. México, 2009

Dirección de Enseñanza

- a) Subdirección de Pregrado
- b) Subdirección de Posgrado y Educación Continua

Subdirección de Programas Extramuros

Dirección de Administración

- a) Subdirección de Recursos Financieros
- b) Subdirección de Recursos Humanos
- c) Subdirección de Planeación
- d) Subdirección de Servicios Generales
- e) Subdirección Conservación y Mantenimientos

Subdirección de Asuntos Jurídicos

Subdirección de Informática

Órgano Interno de Control

En terminos generales describiré las funciones y objetivos de cada dirección.

Dirección General :Entre las funciones mas importantes son las de conducir la planeación, programación, organización control y evaluación del funcionamiento del Instituto con sujeción a los lineamientos establecidos en la ley, rendir informes periódicos a la Junta de Gobierno, sobre el desempeño de las actividades del Instituto, asi como del cumplimiento de los objetivos del sistema de control, su funcionamiento y programas de mejoramiento, para cumplir con el Programa Nacional de Salud, en el ambito de su competencia, los presupuestos del mismo y conducir su desarrollo Institucional.

Dirección Médica:

Dirigir y coordinar la consulta externa de alta especialidad para que ésta se presente con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes que permitan satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios. Así como fomentar la educación y la investigación científica conforme a la problemática identificada en el diagnóstico integral de la población objeto. Sus funciones principales: evaluar y autorizar el proyecto de presupuesto de metas y presupuesto financiero de la Dirección, en congruencia con los planes programas, líneas estratégicas y proyectos determinados. Participar con las direcciones de Enseñanza e Investigación en las necesidades de capacitación y desarrollo del personal, así como en los proyectos de investigación, conforme a la problemática identificada en el diagnóstico integral de la Dirección a su cargo. Evaluar los resultados de los procesos de atención médica que se desarrollan en los servicios clínicos bajo su responsabilidad, en base en los criterios, estándares e indicadores establecidos por los planes y programas de trabajo y en su caso establecer acciones de mejora cotidiana.

Dirección Quirúrgica:

Dirigir y coordinar los servicios de hospitalización de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas que se otorgan en el Instituto, abarcando aspectos tales como protección recuperación y rehabilitación en términos generales, en congruencia con el marco legal y normativo dictado por la Secretaría de Salud.

Dirección de Investigación:

Dirigir y contribuir el avance de conocimiento científico, así como a la satisfacción de las necesidades de salud del País, mediante el desarrollo científico en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas.

Dirección de Enseñanza:

Dirigir la formación de profesionales en salud de alto nivel, en las diferentes especialidades que se tratan en el Insituto, así como promover el desarrollo y crecimiento de capital humano para la atención de la salud .

Programar la formación capacitación y el desarrollo técnico y profesional del personal para la salud, así mismo, los programas deberán estar dirigidos a equipos multidisciplinarios para la atención integral y tendrán que ser congruentes con las necesidades y demandas de la población abierta, reflejadas en los resultados del diagnóstico situacional.

Dirección de Administración:

Conducir y supervisar el cumplimiento de los procesos de administración de los recursos humanos, financieros, materiales y los demás servicios de carácter administrativo que sean necesarios para la adecuada operación del Instituto, cumpliendo con su ámbito operativo con la ley de Adquisiciones y Obras Públicas, la ley general del equilibrio ecológico y protección al ambiente. La ley de responsabilidades de los servidores públicos y todas aquellas leyes, reglamentos y normas federales e instituciones aplicables en el desempeño y desarrollo de sus funciones y del personal bajo su dirección.

CONTEXTO DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL

Área de Rehabilitación Pediátrica Parálisis Cerebral Infantil y Estimulación Temprana

Se han descrito las áreas de atención del INR, corresponde enfatizar el área de Rehabilitación Pediátrica donde se desarrolló el presente Servicio Social (**Cuadro 2**). Y que a continuación se describen:

Esta área tiene como principal objetivo, proporcionar atención médica integral oportuna y de calidad a la población infantil, con factores adversos al nacimiento, desviaciones del desarrollo y daño neurológico con secuelas primordialmente motoras, con un alto sentido humanista y la aplicación del conocimiento científico, así como promover la investigación.

En esta área se atienden los siguientes padecimientos:

- Parálisis Cerebral Infantil leve y moderada
- Paciente con factores adversos al nacimiento para daño neurológico (Alto riesgo neurológico)
- Retraso del desarrollo psicomotor

Los equipos e instalaciones con las que cuenta para ésta población es el Área de Estimulación Temprana con material didáctico, en donde se otorga:

- a) Terapia Física: Esta se ocupa de la restauración física de las capacidades perdidas a causa de una enfermedad, trastorno o lesión. Se cuenta con mobiliario y equipo terapéutico como: hidroterapia, aparatos para ejercicios físicos, electro-estimuladores, etc.

- b) **Terapia Ocupacional:** Realiza las habilidades necesarias para que los individuos alcancen la mayor independencia en sus actividades de la vida diaria. Utilizan materiales de destreza motora y fina, colchonetas, materiales texturados, materiales para destrezas en actividades como alimentación, vestido e higiene, rompecabezas, juegos de mesa, etc.
- c) **Área de Hospitalización con 10 camas** en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Infantil ubicada en el ala sur del 4to piso del edificio de rehabilitación.

Sus requisitos de Admisión son las siguientes:

- Edad de 0 a 15 años
- Pacientes con antecedentes de factores de riesgo para daño neurológico y signos de alarma
- Discapacidad motora
- Pacientes post-operados de Ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación

Los Pacientes o líneas de Investigación son las siguientes:

- Neurodesarrollo
- Factores de riesgo de daño neurológico
- Plasticidad Cerebral
- Estimulación Temprana
- Tratamiento de la espasticidad en pacientes con Parálisis Cerebral

Como un apoyo integral del Servicio de Rehabilitación Pediátrica, el personal médico canaliza al paciente al Departamento de Psicología para su valoración y orientación hacia los padres.

Departamento de Psicología en Rehabilitación Pediátrica

En el Departamento de Psicología del Área de Rehabilitación Pediátrica donde presté mi servicio social, se dio la atención a niños con Parálisis Cerebral infantil (PCI) leve y moderada, a pacientes con factores adversos al nacimiento de alto riesgo neurológico y retraso del desarrollo psicomotor.

Atendiendo a niños y niñas en edades de 0 meses hasta los 15 años, proporcionándoles servicios de consulta externa y en el caso necesario su hospitalización en el área de Rehabilitación Pediátrica valorándolos a cada uno con una Batería Psicológica que incluye pruebas de desarrollo psicomotor, Escala de Inteligencia, viso-perceptuales y grafo-proyectivas para determinar su tratamiento como parte integral del Servicio de Rehabilitación Pediátrica.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL CON PACIENTES DE PCI

Se atendieron pacientes pediátricos en una edad entre 6 a 11 años en proceso de rehabilitación física por una discapacidad física debido a secuelas de Parálisis Cerebral Infantil predominantemente espástica y posterior a una intervención quirúrgica y/o la aplicación de la toxina botulínica, hospitalizados en el área de Rehabilitación Pediátrica en el INR con un tiempo aproximado de dos semanas.

"La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es el término usado para describir el síndrome producido por lesión o daño del Sistema Nervioso Central (SNC) durante períodos críticos de su desarrollo, con manifestaciones clínicas tan variables como cada niño que la presenta, pero que comparten en común el compromiso neurológico motor. La Parálisis Cerebral es un término que cubre un grupo de síndromes de compromiso motor no progresivo, pero frecuentemente cambiante, secundario a lesiones o anomalías del cerebro, ocurridas en estadios tempranos de su desarrollo. La Parálisis Cerebral Infantil es "la secuela de una afección encefálica caracterizada por un trastorno persistente, pero no invariable, del tono, la postura y el movimiento, que aparece en la primera infancia y no solo es directamente secundaria a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino que se debe también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica. En la parálisis cerebral el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños."⁴

⁴ Morris C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. Dev Med Child Neurol 2007; 49: 3-7

Las actividades realizadas en el Servicio Social específicamente se describen a continuación:

1. Psicodiagnóstico

- a) Presentación del psicólogo clínico a los padres de familia y al paciente.
- b) Rapport
- c) Entrevista Psicológica-Clínica a los padres de familia
- d) Aplicación de las pruebas psicológicas
- e) Calificación e Interpretación de la batería psicológica
- f) Informe de Resultados a los padres de familia
- g) Planificación del Tratamiento en dos niveles:

1.2 Psicoeducativa

- a) Partiendo de sus resultados de las pruebas psicológicas y de las necesidades de cada niño se trabajó a nivel cognitivo con el Programa Sigamos Aprendiendo Juntos en el Hospital con el material didáctico PIPO.

1.3 Apoyo Psicoterapéutico

Se trabajaron las áreas: afectiva, emocional, social, familiar que impacta la discapacidad.

- A pacientes y a los padres de familia

PROCEDIMIENTO PSICODIAGNÓSTICA:

1.- El personal médico en Rehabilitación solicitaba interconsultas al departamento de Psicología para la atención a los pacientes y a los familiares como parte integral del Servicio en Rehabilitación Pediátrica, atendiendo las canalizaciones del personal médico en el consultorio del departamento de Psicología con las siguientes características: buena iluminación, espacio amplio, adecuada ventilación, y contando con los mobiliarios necesarios; 1 mesa, 3 sillas, 1 computadora, y diversos juguetes.

En ocasiones cuando no se podía atender en el consultorio se veían a los pacientes en el área de Hospitalización en su respectiva cama, debido a que era reciente su operación o les inyectaban toxina botulínica no podían asistir al consultorio, tratando de buscar una hora específica donde encontráramos tranquilos a los pacientes, tratando de no coincidir con sus horas de alimentación, ni de su aseo personal. Buscando la privacidad del paciente y de sus padres.

Considerando los lugares de la atención psicológica, nos presentábamos ante el paciente y ante su familiar que lo acompañaba como Psicólogos del Área de Rehabilitación Pediátrica, explicándoles que el servicio que se les daba era parte integral de su Tratamiento, por lo tanto era importante su participación, colaboración y atención durante la hospitalización de su hijo o hija que se encontraba en rehabilitación.

Estableciendo el rapport siendo amable, cordial, empática para que haya confianza entre la psicóloga, paciente y padres de familia, ya que es fundamental para llevar a cabo el tratamiento psicológico durante la hospitalización

Se les comunicaba a los padres que habría confidencialidad con la información que ellos nos proporcionaran acerca del padecimiento de su hijo o hija a nivel médico, emocional, familiar, escolar, social, etc., de manera que lográramos establecer un vínculo terapéutico tanto con el paciente como con los padres, y así favorecer la adaptación en el hospital por parte de los pacientes y respondiendo al tratamiento médico, psicológico y educativo para mejorar su calidad de vida.

2.- Se les citaba a los padres de familia al siguiente día, o un día de la semana tratando de que no pasaran de 3 días posteriores ya que era importante su valoración, e informarles al personal médico los avances de cada niño.

Realizando la entrevista psicológica-clínica con la finalidad de conocer la historia de vida del niño como antecedentes obstétricos-perinatales, neonatales y postnatales, desarrollo psicomotor, desarrollo de la Conducta Alimentaria, Desarrollo del lenguaje-comunicación, avances o problemáticas en la escuela, antecedentes familiares de interés específicamente enfermedades neurológicas o psiquiátricas

3.- Se les citaba a los niños y niñas para realizar la aplicación de la batería de pruebas psicológicas dependiendo de la edad y características del paciente de manera individual, Prueba de Desarrollo Infantil Bayley (BSID), Escala de Desarrollo Infantil Gesell, Escala de Inteligencia Weschler: WIPPSI para preescolar y WISC-R escolar, Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, Test IVM (Integración Visomotriz), Test Grafo-proyectivos : HTP y Test de la Familia como se observa en la **Tabla 1**.

4.- Posteriormente se Calificó e Interpretó la batería de pruebas psicológicas de cada niño y niña.

5.- Finalmente se les daba a los padres de familia un Informe de Resultados de las Pruebas Psicológicas de manera oral, explicándoles lo obtenido de una manera clara y sencilla.

6.- Se determinaba el Tratamiento que llevaría cada niño y niña:

- Detección de necesidades que requería el niño o niña a partir de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas se atendía a nivel Psicoeducativo, asistiendo al Programa Sigamos Aprendiendo Juntos en el Hospital con el material didáctico PIPO y
- Apoyo Terapéutico tanto al paciente como a los padres de familia para dar un seguimiento a su tratamiento durante la hospitalización.

Tabla 1. Pruebas Psicológicas aplicadas en el INR

Prueba Psicológica	Mide	Características de Aplicación
Prueba de Desarrollo Infantil Bayley (BSID)	Mide el desarrollo infantil a través de la escala mental, psicomotriz y un registro de comportamiento	Se aplica en edades de un mes hasta los tres años y medio
Escala de Desarrollo Infantil Gesell	Mide el desarrollo infantil a partir de 4 áreas: Motor fino, Motor grueso, Personal Social y Lenguaje	Se aplica a niños de un mes hasta los 60 meses.
Escala de Inteligencia Weschler WIPPSI para preescolar WISC-R escolar	Mide el coeficiente Intelectual del individuo, escala verbal con sus 6 subescalas, y escala de ejecución con sus 6 subescalas, obteniendo 3 tipos de CI: Verbal Ejecución y Total.	WIPPSI para preescolar se aplica en edades de 4 a 6 años. WISC-R para escolares se aplica en edades de 6 hasta los 16 años.
Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender,	Evalúa la percepción Visomotora para conocer el nivel de madurez neurológica o daño neurológico	Se aplica entre edades de 4 a 11 años
Test IVM (Integración Visomotriz)	Evalúa la capacidad perceptual motora, consta de 3 subescalas (integración visomotriz, percepción visual y coordinación motriz).	Se aplica en edades de 3 a 17 años
Test Grafo-proyectivos		
HTP Test de la Familia	Utilizándolos para determinar los indicadores emocionales a nivel personal e interpersonal de cada uno de los niños y niñas	

APOYO PSICOEDUCATIVO A LOS NIÑOS CON PCI

Posterior a su evaluación Psicodiagnóstica se detectaban las necesidades de cada niño y niña, trabajando las áreas con problemática detectadas en las pruebas psicológicas, como por ejemplo: problemas de aprendizaje, bajo rendimiento o deficiencia mental superficial y/o moderada, invitándoles a que participaran en el programa de apoyo psicoeducativo: "Sigamos Aprendiendo juntos en el Hospital"

Programa Educativo "Sigamos Aprendiendo

Juntos en el Hospital"

Este programa va dirigido a niños(as) hospitalizados con la finalidad de no perder el año escolar que se ven interrumpidos por cuestiones de salud.

Combatiendo el rezago académico, reduciendo el riesgo del atraso escolar entre niños hospitalizados debido a que no pueden asistir a las escuelas regulares debido a su padecimiento.

De esta manera observamos el efecto que tiene la hospitalización para su aprendizaje y su situación emocional en los niños con PCI. Es decir el hospital es un lugar donde se vive un estrés o ansiedad por el padecimiento, procedimientos médicos y las relaciones que tienen que llevar con el personal médico, todo esto influye a nivel cognoscitivo, emocional, físico y social.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Desaparecen momentáneamente la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen actividades usuales tales como el juego el estudio y el descanso.

En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes no conoce. Entre ellos están los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, etc.), quienes examinan su cuerpo y lo

someten a diversas intervenciones, que en ocasiones se tornan molestas o dolorosas.

Están además los cambios de horarios, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a tener repercusiones negativas tanto físicas y psicológicas (alteraciones del estado de ánimo: ansiedad, depresión, distimia, trastornos del sueño como el insomnio, pesadillas, enuresis y e copresis etc.).

Por lo tanto los aspectos físicos, psicológicos, ambientales influyen en la cognición de cada uno de los niños que se encuentran en un medio hospitalario por lo que se trabajó a nivel educativo con el programa Sigamos Aprendiendo Juntos en el Hospital.

PROCEDIMIENTO

A continuación se describe específicamente la atención en el programa Sigamos Aprendiendo Juntos en el Hospital:

A cada niño se le atendió de manera individual, con un tiempo de una hora diaria durante dos semanas de manera gratuita, al terminar la sesión se le dejaban actividades en su cuaderno para que reafirmen el tema visto en la sesión psicoeducativa.

Se contó con un aula con computadoras, libros de texto de la SEP de primer año hasta sexto grado de primaria, libros de cuentos, revistas, pizarrón, etc. Las computadoras cuentan con un software educativo didáctico, uno de los programas que más se utilizaron se llama PIPO que es un software de tipo comercial con aspectos visuales y auditivos, para atraer desde el primer momento la atención de los niños y se utiliza como herramienta de trabajo para facilitar el aprendizaje de una manera didáctica y lúdica. Permitiendo un aprendizaje progresivo y

dirigido, donde va aumentando el grado de dificultad a medida que el niño vaya progresando.

De acuerdo a la edad del niño se le ponían diferentes softwares educativos del Programa PIPO como se describe en la **Tabla 2**.

La duración de cada juego varía en función del ritmo de aprendizaje y motivación del niño. No hay presión de tiempo y en cualquier momento se puede interrumpir y salir del juego. Estos juegos son muy estimulantes y captan rápidamente el interés de los niños, además de poder adaptarlos siempre a las necesidades de cada uno. Los contenidos mayormente abordados son: español y matemáticas debido a la dificultad para adquirir los conocimientos de estas dos áreas.

Tabla 2. Softwares educativos-didácticos PIPO.

DISCO	DESCRIPCIÓN	ALCANCES PSICOEMOCIONALES OBSERVADAS
<p>Imagina y crea con Pipo de 3 a 10 años</p>	<p>Imagina y Crea con Pipo pretende desarrollar al máximo las capacidades creativas e intelectuales de los niños como rompecabezas, memorama, iluminar dibujos, etc.</p> <p>Las áreas que trabaja son: creatividad, escritura, lectura, vocabulario, orientación espacial, comprensión lectora, memoria visual, memoria a través del sistema auditivo.</p>	<p>Son juegos muy estimulantes, que captan el interés del niño, ya que él tiene la posibilidad de crear su propio juego, dibujo, o ser el propio autor de un cuento o de sus aventuras. Despierta el interés y la motivación debido a los colores, formas, sonidos, etc. Los niños toman actitudes positivas, como la socialización, la expresión afectiva tanto positiva como negativa por el logro o la frustración que les produce la actividad.</p>
<p>Matemáticas con Pipo de 3 a 7 años</p>	<p>Juegos y ejercicios matemáticos distintos con toda clase de objetivos didácticos que van desde contar, dibujar con números, operaciones simples o secuencias lógicas, hasta operaciones complejas como ordenar, medir, pesar, manipular monedas, etc., secuencias lógicas y agilidad mental en las operaciones de cálculo.</p>	<p>Las matemáticas y el razonamiento lógico son áreas que a veces se presentan de forma poco estimulante a los niños. Aquí los contenidos se ven de una forma lúdica y creativa, que alientan al niño a realizar las actividades de manera que se sientan seguros, con confianza para realizar las operaciones básicas y complejas.</p>

Continuación Tabla 2.

DISCO	DESCRIPCIÓN	ALCANCES PSICOEMOCIONALES OBSERVADAS
<p>Vamos a leer con Pipo 2 de 5 a 8 años</p>	<p>Vamos a leer con Pipo (2) es la segunda parte de un método interactivo y progresivo, con el cual el niño se inicia en el aprendizaje de sílabas compuestas (directas, inversas, directas dobles), perfecciona la lectura de palabras y frases, a la vez que adquiere una mayor comprensión lectora.</p> <p>Áreas perceptivas auditiva y visual, áreas motrices: coordinación manual, visomotriz y grafomanual; comprensión verbal, razonamiento verbal, lectura, fluidez verbal y escritura y memoria visual, auditiva y verbal. Además de la discriminación visual, memorización a corto y largo plazo, reconocimiento de formas, asociación, vocabulario, secuenciación, y pronunciación.</p>	<p>El material invita a que el niño juegue con las actividades creativas y lúdicas para que lo animen a seguir jugando y lo motive a esforzarse más en las actividades, es un material muy divertido que los niños logran expresar emociones positivas como felicidad, seguridad, confianza en sí mismos, alcanzan sus metas al terminar sus actividades que se le piden. En ocasiones existió enojo porque van perdiendo y no obtienen los puntos que necesitan para ganar, aquí se observó la tolerancia a la frustración que tienen los niños al saber que perdieron y no obtuvieron un puntaje alto para ganar.</p>

Continuación Tabla 2.

DISCO	DESCRIPCION	ALCANCES PSICOEMOCIONALES OBSERVADAS
<p>Aprende a leer con Pipo 1 de 3 a 6 años</p>	<p>Aprende a leer con Pipo, es un método interactivo y progresivo para aprender a leer. Es un método flexible que permite ser adaptado a las diferentes capacidades de los niños.</p> <p>Mediante 18 juegos se mide</p> <p>Discriminación visual, memorización, reconocimientos de formas, asociación, vocabulario (visual y auditiva)</p> <p>Coordinación visomotora</p> <p>Asociación</p> <p>Lectoescritura</p> <p>Comprensión</p>	<p>Se anima al niño a que juegue conozca y aprenda con PIPO, en ocasiones hay sentimientos de agrado, felicidad y logro por el avance de sus conocimientos, además tienen expresiones afectivas como sonrisas, imitación del niño PIPO por la felicitación al haberlo hecho bien o enojo por la frustración de no saber lo que se les pide o los errores que cometieron.</p>

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Plasmar a través de este informe las actividades realizadas durante el Servicio Social, compartiendo los alcances que el Psicólogo Pasante puede prestar a la población mexicana correlacionando los conocimientos adquiridos en la Facultad de Psicología de la UNAM, desarrollando nuevas habilidades en la atención a pacientes pediátricos con Parálisis Cerebral Infantil, en un ambiente hospitalario.

Agradeciendo al Instituto Nacional de Rehabilitación el permitirme participar dentro de su programa de Servicio Social en el Área de Rehabilitación Pediátrica del departamento de Psicología, el haber pertenecido al grupo de profesionistas aplicando los conocimientos adquiridos en el aula durante mi formación profesional, así como obtener nuevos aprendizajes en práctica de la atención a niños con discapacidad.

Retribuyendo a la Sociedad Mexicana mi trabajo como Psicóloga Pasante en el INR correspondiendo así a mi formación profesional, desde mi bachillerato hasta la Licenciatura en Psicología de la UNAM de manera gratuita, con calidad, profesionalismo y ética.

Este ejercicio profesional me permitió desarrollar y ampliar más mis actitudes reflexivas, críticas y constructivas ante la problemática social para participar de una manera práctica en la aplicación de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores adquiridos durante nuestra formación como Psicólogos.

Tomando conciencia como Psicóloga Pasante del servicio, solidaridad, compromiso y reciprocidad a la sociedad a la que pertenezco, contribuyendo a la atención de problemas específicos que la sociedad enfrenta en el área de la Discapacidad Infantil por Parálisis Cerebral atendidos en el INR.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

La metodología empleada en el proceso de Apoyo Psicológico, Psicodiagnóstico y Psicoeducativo se describirá a continuación:

Se utilizó la entrevista semiestructurada porque es una técnica versátil que permite obtener información de los sujetos de manera personal y directa favoreciendo el rapport y la confianza entre el entrevistador y los pacientes (Covarrubias, 1998), además de que la entrevista cobra relevancia en el diálogo coloquial siendo un método de recolección de datos (Martínez, 1999).

La **entrevista psicológica** se aplicó a cada familiar o acompañante que cuidaba al niño hospitalizado para adquirir información suplementaria y para indagar sobre el padecimiento actual del paciente, por lo tanto fue una ampliación del examen habitual, cubriendo las áreas tradicionalmente incluidas:

- Motivo de Consulta
- La descripción de la enfermedad actual
- Los antecedentes familiares, personales, etc.
- Enfermedades Heredofamiliares
- Dinámica familiar, tipo de relación parental, fraternal y matrimonial, vínculos afectivos entre los miembros de la familia
- Observación de la conducta del niño durante la entrevista y descripción de los padres de familia.
- Y se profundizan los aspectos personales hábitos alimenticios nutricionales, sueño e higiene, juegos preferidos, familiares, sociales, escolares y culturales del paciente.

La discapacidad física como lo es la Parálisis Cerebral trae consigo grandes conflictos tanto para los propios niños (as) con discapacidad, como para los padres, hermanos y familiares. Los pacientes con discapacidad y la gente cercana a ellos deben enfrentar diversas dificultades a lo largo de la vida, es por ello que se hace especialmente necesario para este grupo de personas el apoyo emocional y psicológico.

El apoyo psicológico que utilizamos para los padres de familia y los pacientes fue **la Terapia Racional Emotiva (TRE)** la cual busca un cambio de pensamientos, llevándolos a un entrenamiento a conductas asertivas y facilitándoles la atención a sus hijos ofreciéndoles un espacio para la expresión de sus pensamientos, y emociones (Ellis, 1980). Esta terapia se basa en la premisa de que el pensamiento y emociones de los individuos no son procesos diferentes, sino que se interrelacionan, es decir que no pueden separarse uno del otro ya que para la Terapia Racional Emotiva las emociones como las conductas son producto de las creencias, de su interpretación de la realidad (Ellis citado en Yankura,2000).

La Terapia Racional Emotiva trata principalmente conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Su base es la búsqueda de la satisfacción o de la felicidad a corto y largo plazo, para que las personas disfruten el presente y el futuro y así conseguir la máxima libertad y disciplina. Otorga un gran interés a la capacidad de desear y de elegir en ciertas ocasiones, con el fin de cambiar de manera activa sus pensamientos, sentimientos y conductas (Ellis y Dryden, 1989). Así mismo se basa que la perturbación emocional no es creada por la situación si no por las interpretaciones de esas situaciones, por lo tanto en la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente, sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo y de otras personas (Ellis, 1975). Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas que dificultan la obtención de metas establecidas por el individuo se le denomina *creencias irracionales*, estas creencias son absolutas y dogmáticas, se expresan en términos de “tengo que” “debo” “estoy obligado” provocando emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas Ellis y Dryden (1989). El simple hecho de convertir el “deseo” en “deber” u “obligación” implica

que el incumplimiento de dicha meta, traerá desgracias, malestar, dolor y sufrimiento.

Por el contrario las *creencias racionales* son las interpretaciones lógicas, basados en cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, se expresan en forma de “me gustaría” “quisiera” “preferiría” y de esta forma los sentimientos de satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean (Ellis y Abrahams 1980; Ellis y Grieger,1981 y Ellis y Dryden,1989)

Según la Terapia Racional Emotiva, en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre las experiencias de su vida, las cuales son consideradas irracionales, debido a que obstaculizan la realización de las metas, este tipo de creencias derivan de los “debo” y “tengo que”; por lo tanto; este tipo de derivaciones se consideran igualmente irracionales ya que también sabotean los propósitos y metas básicas de las personas.

Los objetivos de este tipo de tratamiento son: ayudar a los individuos a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, demostrándoles que esto se logra sólo cuando se aceptan total e incondicionalmente, así mismo tolerando condiciones de vida que resultan incómodas pero imposibles de cambiar. Además haciéndose consciente de que uno mismo tiene responsabilidad de sus propios pensamientos, sentimientos y actos.

Por último procura que obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura. La manera en que la Terapia Racional Emotiva trabaja para cumplir esos objetivos es la siguiente:

1. Entrena a personas a detectar sus perturbaciones psicológicas y atribuir las a sus creencias irracionales
2. Demuestra que no son esclavos de su proceso de pensamientos irracionales con base biológica y que pueden trabajar para no perturbarse.

3. Trabaja activamente por medio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales, para cambiar sus creencias perturbadoras irracionales (Ellis y Dryden, 1989).

La intervención de la Terapia Racional Emotiva que se ofreció en el INR se encaminó a reflexionar sobre la situación real actual de su hijo o hija tratando de elaborar las ideas irracionales sobre la discapacidad, modificando sus ideas negativas fatalistas, buscando creencias racionales, opciones positivas y aceptando las limitaciones que impone la discapacidad pero buscando alternativas de logro o de afrontamiento ante la discapacidad, favoreciendo la calidad de vida a nivel emocional tanto de los padres de familia como de los pacientes en el hospital.

Muchos de los casos eran situaciones de conflicto en el vínculo padres-hijo con discapacidad. En este vínculo se movilizan sin número de sentimientos ambivalentes y muy intensos, desde el primer momento en que se descubre la discapacidad: desconcierto, extrañamiento, inseguridad, desilusión, dolor, culpa, miedo, rechazo, rabia, amor, ternura, orgullo hacia su hijo, ansias de poner muchos esfuerzos para sacarlo adelante, sentimientos de alegría y goce ante los logros obtenidos.

El reconocimiento de estos sentimientos ambivalentes, el expresarlos, sin negarlos, encubrirlos o disfrazarlos, es parte de este camino de adaptación y crecimiento. Surgen los conflictos cuando algunos de los sentimientos predominan en forma intensa en esta relación vincular, produciendo malestar.

Por consiguiente en la atención Psicológica con los padres de familia y pacientes se les facilitó la identificación de pensamientos irracionales, consistiendo en la identificación de una situación que les provocara una emoción desagradable. Por ejemplo: el caso de un padre que tenía tristeza porque hospitalizaron a su hijo con discapacidad. El análisis se presenta en el cuadro siguiente:

A Evento Activante ó Pensamiento actual del padre	B Creencia Irracional	C Consecuencia
Hospitalización de mi hijo con discapacidad	Es terrible y catastrófico que mi hijo este en un hospital, en una cama solo, soy un mal padre, no puedo soportarlo.	Sentimientos de culpa y tristeza.

El punto más importante es cuando el sujeto identifica por sí solo la creencia irracional. Se analizan las alternativas o las creencias racionales: las Alternativas en su Razonamiento D, que provoca la transformación de esa creencia E, como el análisis siguiente:

A Evento Activante ó pensamiento Actual del padre	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Alternativas en su Razonamiento	E Transformación del sentimiento del padre
Hospitalización de mi hijo con discapacidad	Es terrible y catastrófico que mi hijo este en un hospital, en una cama solo, soy un mal padre, no puedo soportarlo.	Sentimientos de culpa y tristeza.	Finalmente si mi hijo está en un hospital es para su recuperación, la atención que está recibiendo es benéfica para él y para toda la familia.	Transformación del sentimiento de culpa a sentimientos de superación bienestar y de salud.

El trabajo terapéutico consistió en ayudar a los individuos a perseguir metas y logros básicos a largo plazo, demostrándoles lógicamente el razonamiento equivocado del paciente: si un pensamiento provoca malestar, sentimientos indeseables, entonces es una idea irracional. Lo importante es demostrarle al paciente que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su trabajo, sino en la forma en que interpretan los fenómenos que les acontecen.

La idea básica consiste en disfrutar lo disfrutable de la vida y sufrir menos lo que nos provoca sufrimiento (Ellis, 1980). Esto se logra sólo cuando se aceptan total e incondicionalmente en el proceso de tratamiento y superar las limitaciones provocadas por la discapacidad, llegando a los logros máximos que se pueda ante la minusvalía, así mismo tolerando condiciones de vida que resultan incómodas pero imposibles de cambiar. Además haciéndose consciente de que uno mismo tiene responsabilidad de sus propios pensamientos, sentimientos y actos.

También fue utilizada la **Terapia Centrada en el Cliente** para la atención psicológica de los pacientes hospitalizados. Este Enfoque es una de las principales corrientes dentro de la Psicología Humanista, fundada por Carl Rogers en la década de los cuarenta (González, 1991). Este enfoque maneja una de las premisas fundamentales es que cada persona puede expandirse, llegar a tener autonomía, desarrollarse, madurar, expresar y activar todas las capacidades del organismo, hasta llegar a que dicha activación perfeccione tal organismo o al sí mismo (Rogers, 1961). Es un impulso innato a volvernos tan competentes como podemos serlo biológicamente. Es la fuerza que impulsa para transformarse en una persona total, completa y autorrealizada. Rogers lo considera como la fuerza de motivación dominante en una persona que funciona con libertad, que esta invalidada por los eventos pasados o por las creencias que mantienen la incongruencia.

Para (Rogers 1985) el ser humano nace libre y posee la capacidad de responsabilizarse de su propia existencia, es decir, tiene la capacidad de reconocer que a pesar de todas las experiencias y limitaciones físicas, condiciones que se le han impuesto, existe un grado de libertad de elección que lo hace responsable de sí mismo (González, 1991). Puede encontrar un sentido de la vida cuando se hace consciente de su ser y de su existencia a partir de la interacción con otros seres, y a través de este sentido de vida se autorrealiza.

La **aceptación** para (Rogers 1985) significa valorar a la persona como tal, e independientemente de los distintos valores que puedan aplicarse a sus conductas específicas, es decir recibir sin poner juicios de valor a la conducta, manifestando un aprecio positivo e incondicional hacia la persona. "Al sentir esa

actitud de aceptación incondicional lo ayudará a ser una persona más completa y congruente, capaz de funcionar eficaz y adecuadamente”.

La persona que se acepta tal cual es, respetándose y cuidando de sí como persona, se hace mas responsable de su personalidad y avanza en su proceso de liberación (Rogers, 1994).

La aceptación positiva e incondicional se manifiesta en una autoestima sólida, es decir, cuando una persona tiene buena autoestima se siente capaz de salir adelante en su vida, se siente valiosa, digna de respeto y amor, confía en sí misma, valorándose y respetándose. En cambio cuando una persona tiene baja autoestima siente una incapacidad generalizada para valerse por sí misma, además de sentir que debe cumplir una serie de requisitos o estándares ajenos para poder ser considerado valioso. Cuando se devalúa la persona por ser quien es, tiene por consecuencia su no aceptación y una autoestima deteriorada y débil propia de la persona discapacitada.

La persona que se acepta así misma, que se aprecia y se valora, no necesita de la constante aprobación de los demás porque utiliza su propio criterio para la valoración de sí misma. No tiene una visión rígida ni estereotipada de sí misma, no es conformista, manifiesta su propia aceptación y respeto hacia los demás y el mundo que los rodea.

Existen otros constructos del Enfoque Centrado en el Cliente relacionados íntimamente con la aceptación, los cuales se mencionan a continuación.

Congruencia para Rogers 1985, es la sinceridad, transparencia o autenticidad personal esto dará por consiguiente una personalidad madura, involucra tanto la autoaceptación como la autocomprensión entre las partes que componen a la personalidad en su totalidad: entre sus sentimientos, pensamientos, respuestas verbales y no verbales. Es la persona que no se oculta tras una fachada o roles y que no tiene actitudes de defensa neurótica o angustiada frente a sus sentimientos y percepciones, sino que está dispuesta a experimentarse a sí misma y a internarse en las situaciones. En el otro extremo se encuentra la **incongruencia**

que es la discrepancia entre la vivencia del organismo y su autoimagen, por ejemplo. Cuando las personas que parecen estar enojadas (tienen los puños cerrados, hablan en voz alta y maldicen) y que (si se les pregunta) afirman no estarlo en absoluto, demuestran una incongruencia. Cuando la incongruencia se presenta entre el conocimiento y la experiencia se denomina *represión por lo que no expresara lo que realmente siente, piensa o experimenta*. La falta de voluntad para comunicarse significa generalmente una falta de autocontrol y de conocimiento personal, ocasionando tensión, ansiedad o, en circunstancias extremas como una confusión interior. Una constante común en los niños hospitalizados, era la incapacidad para comunicar sus sentimientos, sus pensamientos tendían a la incongruencia, auto-devaluarse, negando su realidad ante la discapacidad, con sentimientos de minusvalía y enojo, fallas en la autoestima a la no aceptación y superación de su discapacidad, lo que afectó a múltiples aspectos de la personalidad y de la conducta.

Para Rogers 1985 en la psicoterapia actúa sobre el síntoma de congruencia y ayuda a la gente a que se dé más cuenta de sus acciones, pensamientos y actitudes.

Tendencia a la Autorrealización es un aspecto fundamental de la naturaleza humana que inclina a la persona hacia una mayor congruencia y un funcionamiento realista. Rogers 1961 menciona que: "toda vida orgánica y humana tiende a expandirse, extenderse, llegar a tener autonomía, desarrollarse, madurar, es la tendencia a expresar y activar todas las capacidades del organismo, hasta el grado en que dicha activación perfeccione tal organismo o al sí mismo". Hay una tendencia innata que impulsa a transformarse en una persona total, completa y autorrealizada. Rogers lo considera como la fuerza de motivación dominante en una persona que "funciona con libertad", que no está invalidada por los eventos pasados o por las creencias actuales que mantienen la incongruencia.

El trabajo de Psicología en el INR durante el tratamiento de rehabilitación, adaptación y superación a la minusvalía parcial o total del paciente a lo largo de su fase de recuperación de su lesión o discapacidad. El objetivo fue superar la

discapacidad restante o residual como una posibilidad de crecimiento personal, familiar y social, tanto para el paciente como el de su familia. Apoyando en su capacidad de crecimiento para realizarse en virtud a sus posibilidades de aprendizaje y experiencias particulares, restableciendo su autonomía, haciéndolo consciente de que es una persona completa emocionalmente, con capacidades, habilidades y potencialidades, aceptándose tal y como son actualmente, valorarse a sí mismo y confiar en sus potencialidades, llevándolo a la superación de las limitaciones actuales, adaptándose a su discapacidad restante o residual, como una posibilidad de reto personal, familiar y social, haciéndose responsable de sus emociones, pensamientos y conductas de una manera congruente siendo responsable de la toma de decisiones y las consecuencias que esto conlleva. Esto permite que cada individuo sea auténtico, crezca y madure al comprometerse con su vida misma, alejándose de las apariencias, las obligaciones, de los “debes” y “deberías”, de los sentimientos de culpa (entre los que se encuentran remordimiento de conciencia por faltas cometidas), conduciendo su vida de manera menos defensiva para aceptar la realidad de sí mismo y en el mundo social que le rodea. Lo que se pretende con este enfoque es tener una visión óptima del individuo como espontáneo, libre, creador e independiente, al plantear que él mismo tiene la capacidad de desarrollar su potencial humano.

Fomentamos el sentimiento de bienestar durante su hospitalización siendo empáticos con el niño, motivándolo para que realizara las actividades de manera que se adaptara durante su estancia en el hospital. Apoyando que el niño fuera activo y participativo con el desarrollo de su propia iniciativa y autonomía, sacándole el provecho a todas sus capacidades, conociendo su discapacidad, además logrando el grado más alto de independencia posible, resaltando los logros y aceptando la discapacidad restante o residual como un reto de crecimiento personal, familiar y social, dándole confianza a sus habilidades para enfrentarse a los problemas y actividades que tenían que realizar durante su hospitalización mejorando su calidad de vida.

Otras técnicas utilizadas en el Área de Rehabilitación Pediátrica fue la **Relajación por Respiración Diafragmática e Imaginería Guiada**.

De acuerdo con (Domínguez, 1995) los pacientes que reportan dolor, sufren más por las consecuencias cognitivas y emocionales que por el dolor mismo, esto es la forma en que la persona percibe, transforma o interpreta de acuerdo a sus experiencias previas y la anticipación de las consecuencias derivadas de esa experiencia. El componente emocional del dolor (estrés), muchas veces abrumador, que sufren las personas es un episodio doloroso, eleva considerablemente la complejidad de los esfuerzos necesarios para aliviar el dolor o controlarlo.

Observando esta situación en los niños, se les enseñó como anticipar y manejar los síntomas fisiológicos y psicológicos, así como el uso apropiado de sus habilidades para afrontar y minimizar los síntomas del dolor y el estrés, en la intervención se utilizaron dos técnicas: La primera **Relajación por Respiración Diafragmática** y la segunda **Imaginería Guiada** con la finalidad de reducir el dolor, relajarse físicamente, disminuir los pensamientos ansiosos, las emociones perturbadoras y la tensión muscular.

La **Relajación por Respiración Diafragmática** (Labrador, 1995), es una estrategia de afrontamiento y reducción del estrés que puede aplicar el mismo individuo o víctima de estrés, además es considerada como un método preventivo pues inhibe o disminuye la respuesta del organismo ante los factores o agentes estresantes. Es definida como un estado de respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o el agotamiento (Sweeney, 1978) y tiene dos dimensiones, una cognitiva y otra fisiológica que incluye la muscular.

La regulación respiratoria involucra la desaceleración del ritmo respiratorio y la utilización del diafragma en lugar de las estructuras torácicas para optimizar la capacidad pulmonar y reforzar la percepción de normalidad respiratoria y de serenidad.

De acuerdo con Labrador (1995), los principales beneficios que se obtienen mediante una buena técnica de respiración son:

1. Reducción de la tensión muscular
2. Disminución de la irritabilidad
3. Disminución de la fatiga
4. Disminución de la ansiedad
5. Sensación generalizada de bienestar y tranquilidad

Calle (1994) afirma que la respiración correcta actúa sobre el organismo en diversas formas como:

1. Incrementa la sensación de energía
2. Activa la circulación sanguínea
3. Provee un masaje cardíaco
4. Favorece el control sobre el sistema nervioso
5. Aumenta la capacidad de resistencia del organismo
6. Previene enfermedades del aparato respiratorio
7. Favorece el mejor funcionamiento del sistema digestivo

Desde el punto de vista cognitivo, Davis, Eshelman y MicKay (1988) encontraron que una técnica de respiración efectiva interviene en el alivio de síntomas específicos tales como la ansiedad generalizada, los sentimientos de depresión, el mal humor, la hostilidad, los sentimientos de desesperanza, la impotencia, la baja autoestima, los pensamientos obsesivos, la fatiga y el dolor crónico.

La **Imaginería Guiada** está relacionada con la capacidad que todos poseemos en mayor o menor medida de pensar produciendo imágenes, técnicamente conocido como el pensamiento eidético. Esta actividad cerebral refleja una de las funciones más importante de la corteza cerebral frontal humana, por lo que posee la ventaja

de favorecer el involucramiento mental activo, contribuye a reducir las distracciones para controlar el dolor, poner atención en otra cosa o pensar en situaciones ajenas al dolor, aleja de ellos el dolor.

Según Achterberg (1985) la visualización es el proceso del pensamiento que invoca y usa los sentidos. Combina un estado de relajación meditativa con la presentación de escenarios autoevocados, lo que estimula la memoria y genera ensoñaciones espontáneas. Así mismo es una técnica no invasiva y que no requiere de material previamente elaborado (Yager,1989). Produce confianza, serenidad y estados de tranquilidad, ayudando a la gente a sentirse relajada.

INSTRUMENTOS PSICODIAGNÓSTICOS Y PSICOEDUCATIVOS:

TEST PSICOLÓGICOS Y PROGRAMA PIPO

Las pruebas psicológicas aplicadas en el Servicio Social se mencionan a continuación:

Tabla 3.Descripción General de la Escala Bayley

ESCALA BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL BSID	
FINALIDAD	Evaluación del desarrollo mental y psicomotor en edad temprana.
AUTOR	Nancy Bayley EUA, 1984
VERSIÓN y AÑO	2da versión Española , 1993
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 0 meses hasta los 2 años y medio
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
AREAS QUE MIDE	Escala Mental Escala Psicomotricidad Escala Comportamental
TIPO DE ITEM	Estructurado
NÚMERO DE DE ITEMS	Escala mental 163 ítems, Escala Psicomotriz 81 ítems, Escala comportamental es un registro de actitudes, intereses, emociones, energía actividad y tendencias de aproximación o evitación de los estímulos.
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	Conversión de las puntuaciones directas en índice de desarrollo mental (IDM) e índice de desarrollo psicomotriz (IDP) puntuaciones típicas normalizadas con media 100 y desviación típica de 16.

Continuación Tabla 3.

<p>Dx de acuerdo a los IDM y IDP</p>	<p>86-100 Normal 85 49 Normal Bajo Menor a 50 Extremadamente Bajo o retraso mental</p>
<p>MATERIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cronómetro, • Hojas de papel bond blancas de 21x27 cm, • Escalera de madera de 4 escalones • 12 cubos rojos de 2.5cm, • Espejo, • Campanilla, • Una taza, • Aros de plástico con cordón rojo • Crayolas • Sonaja, • Tablero con clavijas amarillas, • Caja con tapa azul pequeña de 5 cm de largo. • Frasco de plástico transparente, • 12 cuentas pequeñas de 1 cm , • Libro de dibujos , • Tablero anaranjado y azul con piezas Cuadradas y redondas , • Pelota pequeña, • cucharas, • platos, • 1 cochecito, • 1 muñeco • 1 reloj, • 2 lapiceros rojos

DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA ESCALA BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL

La Escala de Bayley del Desarrollo Infantil (BSID), es una de las pruebas de desarrollo más utilizadas para evaluar el desempeño del niño en la primera infancia. Esta escala fue creada por Nancy Bayley en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 1984. Ha sido diseñada para valorar el estado de desarrollo en niños con edades comprendidas entre un mes y tres años y medio.

Esta escala se compone de 3 escalas: Mental, Psicomotricidad y Comportamental.

La escala mental ha sido preparada para evaluar la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la constancia del objeto y de la memoria aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal, y la capacidad temprana para generalizar y clasificar conceptualmente, base del pensamiento abstracto. Los resultados de la aplicación de la Escala Mental se expresan en puntuaciones típicas o Índices de Desarrollo Mental (IDM).

Escala de psicomotricidad proporciona una medida del grado de control del cuerpo, la coordinación de los músculos grandes y la habilidad manipulativa de manos y dedos. La escala de psicomotricidad va dirigida específicamente a los comportamientos que implican destreza y coordinación psicomotora, y no está relacionada con las funciones que por su naturaleza comúnmente se denomina Mentales o Inteligentes. Los resultados de esta escala se expresan en puntuaciones típicas, Índices de Desarrollo Psicomotriz (IDP).

El registro del Comportamiento del niño se completa después de la aplicación de las escalas mentales y psicomotricidad. Este registro ayuda a evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas del niño hacia su entorno expresado en actitudes, intereses, emociones, energía actividad y tendencias de aproximación o evitación de los estímulos.

Uno de los aportes de esta escala es que nos proporciona un Índice de Desarrollo Mental (MDI). Los reactivos que incluye miden:

1. Agudeza sensorial
2. Constancia de objetos
3. Memoria.
4. Aprendizaje
5. Capacidad para resolver problemas
6. Generalización y clasificación
7. Lenguaje

También nos proporciona un Índice de Desarrollo Psicomotor (PDI). Los reactivos que incluye miden:

1. Control del cuerpo
2. Coordinación de los músculos grandes
3. Habilidades manipulativas de manos y dedos
4. Destreza y coordinación psicomotora

Esta escala también tiene una evaluación del comportamiento del niño. Los reactivos que incluye evalúan:

1. Orientación social y objetiva hacia el ambiente
2. Actitudes
3. Intereses
4. Emociones
5. Actividad
6. Relación con la madre o tutor y frente a los estímulos
7. Relación que establece con los materiales de la prueba

Los diferentes reactivos que mide esta escala van de lo simple a lo más complejo, teniendo en cuenta la evolución y el desarrollo de los niños comprendidos en estas edades, otro aporte importante de esta escala es precisamente el índice de desarrollo que ubica al niño, sin tener en cuenta su edad cronológica, en una edad madurativa siendo esto muy importante para comenzar una estimulación adecuada.

Tabla 4. Descripción General Escala Gesell

ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL GESELL	
FINALIDAD	Esquemas de desarrollo y escalas de conducta: motora, adaptativa, lenguaje y personal-social
AUTOR	Arnoll Gesell
VERSIÓN y AÑO	Española, 1979
EDAD DE APLICACIÓN	0 meses hasta 36 meses
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
AREAS QUE MIDE	Motora Adaptativa Lenguaje Personal social
TIPO DE ITEM	Estructurado
CALIFICACIÓN	Se puntúa la ejecución del niño como éxito o fracaso, los ítems se puntúan ya sea por la observación que realiza el examinador a través de las preguntas que el examinador realiza a la madre. Estos puntajes crudos se transforman en puntajes estándar para sacar un Coeficiente de Desarrollo. El coeficiente de Desarrollo es la relación existente entre la edad de desarrollo y la edad cronológica real expresada en valor porcentual obteniendo el Diagnóstico
DX	Coeficiente de Desarrollo: 110-190 Desarrollo normal 75-65 Serio retardo o Debilidad Mental 50 o menos Retardo grave 25 o menos Deficiente Profundo

Continuación Tabla 4.

MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Caja de prueba de madera con cierre lateral y perforaciones adecuadas• Varilla roja• Bloque de madera blanco• Cubos de madera rojos de 2.5 cm• Juguete atractivo• Botella y bolita• Papel y lápices rojos• Plancha con 5 formas de color, dobles• Tablero de madera con 3 formas cruz, círculo y cuadrado para ensamblar.• Diversos objetos: Moneda, llave, lápiz, cuchillo.• Pelota pequeña• Pelota grande• Lamina de imágenes con 4 dibujos, y 6 dibujos• Libro de imágenes• Sonajero campanilla• Aro y cinta roja• Taza de aluminio• Protocolo de examen para cada una de las ocho edades claves.
-------------------	---

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL GESELL

Los postulados de Arnold Gesell (Gesell, 1985) indica que los seis primeros años de vida están estrechamente relacionados con el surgimiento de una profusa variedad de habilidades motrices gruesas y finas, a partir de las reacciones originarias, y que lo interesante del desarrollo de estos complejos movimientos es que su carácter automático hace mayor, más bien que menor, su adaptabilidad a las exigencias nuevas. Una vez adquiridas y mecanizadas, las habilidades no sólo permiten una mayor libertad para la acomodación de las nuevas situaciones, sino que sirven también como preparación fundamental para el desarrollo de las habilidades superiores y más refinadas de los años subsiguientes del desarrollo. Se puede considerar, entonces a los años de la infancia y los primeros de la niñez, como un período de integración y estabilización de modos básicos de conducta, fundamentales para el desarrollo de las actividades más evolucionadas.

Según, Gesell (1933) el desarrollo está influenciado por dos factores principales: el medio ambiente y lo biológico (herencia). Sin embargo, aunque existe una relación recíproca entre herencia y ambiente, el desarrollo está determinado fundamentalmente por factores biológicos o genéticos. Este proceso se conoce como maduración. La maduración, entonces, se refiere al proceso de desarrollo que está dirigido o gobernado por factores intrínsecos o innatos (Gesell, 1929). Los factores ambientales estimulan, modifican y contribuyen al proceso de desarrollo, pero no lo generan (Gesell, 1933).

Desarrollo y conducta. El niño es un sistema de acción en crecimiento en desarrollo. Este desarrollándose expresa exteriormente por las reacciones reflejas voluntarias espontáneas y aprendidas, parpadear, asir un objeto, volver la cabeza etc., que deben considerarse como modos comportamiento o conducta.

El modo de comportamiento son respuestas del sistema neuromuscular frente a una situación dada, resultan del proceso de desarrollo integral que se realiza en ordenada progresión a través de sucesivas etapas.

Las conductas que midió Gesell son:

Conducta Motriz.- comprende desde los grandes movimientos corporales hasta las más finas coordinaciones motrices: reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo marcha, forma de aproximarse a un objeto, de asirlo de manejarlo, etc.

Conducta Adaptativa.- Comprende los más delicados ajustes sensoriomotores frente a los objetos y situaciones: la coordinación de movimientos visomanuales para alcanzar manipular objetos, la habilidad motriz para la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los problemas.

Lenguaje: Abarca toda forma de comunicación visible y audible, mímica movimientos posturales, vocalizaciones palabras frases u oraciones imitación y comprensión de expresiones ajenas.

Conducta Personal-Social: Incluye un amplio número de habilidades y actitudes personales del niño frente a su medio sociocultural: control de la micción y defecación capacidad para alimentarse higienizarse y jugar, colaboración y reacción adecuada frente a la enseñanza y al as convenciones sociales.

Para la EDAD CLAVE: representa etapas básicas de maduración a los cuales es posible referir la conducta observada para su estimación y supone una guía para observar modos de conducta e interpretar su significación evolutiva en función de pautas normales.

Tabla 5. Descripción Escala WPPSI

ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA EL NIVEL PREESCOLAR (WPPSI)															
FINALIDAD	Inteligencia general formada por dos escalas: Verbal y Ejecutiva.														
AUTOR	Weschler , D.														
VERSIÓN y AÑO	1990.														
EDAD DE APLICACIÓN	3 años 10 meses a 6 años 7meses 7dias														
TIPO DE APLICACIÓN	Individual														
AREAS QUE MIDE	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">Escala verbal</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">Escala de Ejecución</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Información</td> <td>Casa de Animales</td> </tr> <tr> <td>Vocabulario</td> <td>Completación de Dibujos</td> </tr> <tr> <td>Aritmética</td> <td>Laberintos</td> </tr> <tr> <td>Semejanzas</td> <td>Dibujos Geométricos</td> </tr> <tr> <td>Comprensión</td> <td>Diseño con Prismas</td> </tr> <tr> <td>Frases (Esc. Suplementaria)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Escala verbal	Escala de Ejecución	Información	Casa de Animales	Vocabulario	Completación de Dibujos	Aritmética	Laberintos	Semejanzas	Dibujos Geométricos	Comprensión	Diseño con Prismas	Frases (Esc. Suplementaria)	
Escala verbal	Escala de Ejecución														
Información	Casa de Animales														
Vocabulario	Completación de Dibujos														
Aritmética	Laberintos														
Semejanzas	Dibujos Geométricos														
Comprensión	Diseño con Prismas														
Frases (Esc. Suplementaria)															
TIPO DE ITEM	Estructurado														
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	Se califican los reactivos conforme a los criterios del manual, para obtener el puntaje crudo. Una que se tienen las puntuaciones en bruto de cada subtest, se convierten en puntuaciones normalizadas dentro del grupo de edad propio de cada sujeto. Se sacan puntuaciones de la Escala Verbal y Ejecutiva, convirtiéndose en CI Verbal y CI Ejecución y un CI Total.														

Continuación Tabla 5.

DX	<table><tr><td>130 o mas</td><td>Muy Superior</td></tr><tr><td>120-129</td><td>Superior</td></tr><tr><td>110-119</td><td>Normal Brillante</td></tr><tr><td>90-109</td><td>Normal</td></tr><tr><td>80-89</td><td>Normal Torpe o Subnormal</td></tr><tr><td>70-79</td><td>Limitrofe</td></tr><tr><td>50-69</td><td>Deficiente Mental Superficial</td></tr><tr><td>30-49</td><td>Deficiente Mental Moderado</td></tr><tr><td>29 o menos</td><td>Deficiente Mental Profundo</td></tr></table>	130 o mas	Muy Superior	120-129	Superior	110-119	Normal Brillante	90-109	Normal	80-89	Normal Torpe o Subnormal	70-79	Limitrofe	50-69	Deficiente Mental Superficial	30-49	Deficiente Mental Moderado	29 o menos	Deficiente Mental Profundo
130 o mas	Muy Superior																		
120-129	Superior																		
110-119	Normal Brillante																		
90-109	Normal																		
80-89	Normal Torpe o Subnormal																		
70-79	Limitrofe																		
50-69	Deficiente Mental Superficial																		
30-49	Deficiente Mental Moderado																		
29 o menos	Deficiente Mental Profundo																		
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Manual de aplicación,• Protocolo,• Hoja de respuestas,• Hoja de perfil, para representar gráficamente las puntuaciones obtenidas.• Cronometro• Lápiz 2 o 2 1/2• Hojas blancas bond• Materiales visoconstructivos correspondientes a cada uno de los subtest de ejecución.																		

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA EL NIVEL PREESCOLAR (WPPSI)

ESCALA VERBAL

INFORMACIÓN:

Mide información y conocimientos generales que el sujeto ha tomado de su medio, y la capacidad para recordar y evocar estos conocimientos. En este sentido, requiere de la función de memoria a largo plazo.

Los **factores que influyen** en el rendimiento en este sub-test son; dotes naturales (memoria), riqueza del ambiente, intereses y lectura, escolaridad y nivel sociocultural.

Posibles implicaciones de puntajes altos: puede indicar un buen grado de información, posesión de conocimientos asociados al ambiente educacional y cultural, buena memoria, ambición y curiosidad intelectual, alerta e interés en el ambiente

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Poca amplitud de información y conocimientos, memoria deficiente, hostilidad o tendencia a renunciar fácilmente a las tareas escolares o intelectuales. Baja orientación al logro, se desanima fácilmente.

COMPRENSIÓN:

Mide la capacidad de comprensión verbal, el juicio social o sentido común; uso del conocimiento práctico, conocimiento de normas convencionales de conducta, juicio moral y ético, razonamiento, evaluación de situaciones sociales, expresión verbal.

Los **factores que influyen** son: la capacidad de evaluar y enjuiciar conductas en contextos sociales y de utilizar la experiencia pasada de una manera socialmente aceptable. El desempeño en esta prueba puede depender también en parte de las oportunidades culturales y experiencia y de la capacidad para adaptarse.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buen juicio social y sentido común. Reconocimiento de las demandas y normas sociales. Conocimiento de las reglas de conducta convencional. Habilidad para organizar el conocimiento. Madurez social. Habilidad para verbalizar y expresar ideas.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Juicio social deficiente. Fracaso al tomar una responsabilidad personal (por ejemplo: sobredependencia, inmadurez, trato limitado con los demás). Pensamiento demasiado concreto. Dificultad para entender situaciones sociales o para expresar verbalmente las ideas.

ARITMÉTICA:

Mide habilidad de razonamiento numérico, cálculo mental, capacidad para utilizar conceptos numéricos y operaciones matemáticas, concentración y atención, traducción de problemas verbales en operaciones aritméticas, memoria, secuenciación.

Factores que influyen en el rendimiento en este subtest: ansiedad, capacidad de atención, concentración, distracción, aprendizaje escolar y capacidad de trabajo bajo presión.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Facilidad para realizar el cálculo mental. Habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos. Buena concentración. Habilidad para centrar la atención. Habilidad para trabajar con patrones de pensamiento complejo. Estudiante orientado hacia el maestro.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Habilidad inadecuada para el cálculo mental. Concentración deficiente. Distracción. Ansiedad sobre una tarea de tipo escolar o por problemas personales. Bloqueo hacia las tareas matemáticas. Escaso logro escolar (quizás asociado con rebeldía contra la autoridad).

SEMEJANZAS:

Comprensión verbal, formación verbal de conceptos, pensamiento asociativo, abstracto, concreto y funcional; habilidad para separar los detalles esenciales de los que no lo son, memoria, cognición y expresión verbal.

Los **factores que pueden influir** en las puntuaciones son los siguientes: Cantidad de lectura externa, intereses y oportunidades culturales.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buen pensamiento conceptual. Habilidad para establecer relaciones. Habilidad para usar el pensamiento abstracto y lógico.

Habilidad para discriminar las relaciones fundamentales de las superficiales. Flexibilidad de los procesos de pensamiento.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Pensamiento conceptual deficiente. Dificultad para establecer relaciones. Dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos, o conceptos. Pensamiento excesivamente concreto.

Rigidez de los procesos de pensamiento. Negativismo.

VOCABULARIO:

Comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, capacidad de aprendizaje, consolidación de la información, riqueza de ideas, memoria, formación de conceptos. Conocimientos adquiridos. Pensamiento abstracto. Expresión verbal y cognición. Los **factores que influyen** son: dotación natural, nivel de educación, ambiente sociocultural, socialización, cantidad de lectura externa, aprendizaje escolar. Es la subprueba más estable de la escala verbal y la que tiene la más alta correlación con el rendimiento escolar.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena comprensión verbal. Buenas habilidades verbales y desarrollo del lenguaje. Buenos antecedentes familiares o culturales. Buena escolaridad. Habilidad para conceptuar. Esfuerzo intelectual.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Comprensión verbal deficiente. Habilidades verbales y desarrollo del lenguaje deficiente. Antecedentes educacionales y familiares limitados. Dificultad en la verbalización.

FRASES.

Esta prueba es suplementaria. Se trata de ir diciéndole al niño frases con palabras que correspondan a su vocabulario, para que éste las repita. Mide comprensión verbal, memoria a corto plazo, memoria auditiva inmediata, atención, concentración, secuenciación auditiva y facilidad verbal.

Implicaciones de las puntuaciones altas: Buena capacidad de memoria inmediata. Habilidad para atender bien en una situación de prueba.

Implicaciones de las puntuaciones bajas. Ansiedad, distracción, dificultad en la secuenciación auditiva

ESCALA EJECUTIVA

CASA DE LOS ANIMALES

Esta prueba requiere del niño la asociación de un signo con un símbolo. Para ello se utiliza un tablero, en la parte superior tiene tres cuadros, en cada uno de éstos hay un dibujo de un animal con un cilindro de un determinado color: perro-negro, pollo-blanco, pez-azul y gato-amarillo, y debajo 20 cuadrados, cada uno con uno de estos animales y el hueco para poner el cilindro del color correspondiente. El tiempo es un factor importante, mide organización perceptual, memoria, atención, concentración, destreza manual y digital así como capacidad de aprendizaje.

Implicaciones de las puntuaciones altas: Destreza Visomotora. Buena concentración. Habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con rapidez y exactitud.

Implicaciones de las puntuaciones bajas. Dificultades de coordinación Visomotora, distracción, defectos visuales.

FIGURAS INCOMPLETAS

Mide organización perceptual. Identificación visual de objetos. Identificación de características esenciales. Capacidad de observación, identificación de objetos familiares (reconocimiento visual). Concentración en el material percibido visualmente, razonamiento, organización. Discriminación de lo esencial y accesorio. Cierre y memoria visual.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena percepción y concentración. Buena atención a los detalles. Habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente.

Habilidad para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Ansiedad que afecta la atención y concentración. Preocupación por los detalles irrelevantes. Negativismo ("nada le falta").

LABERINTOS

Explora la organización perceptual, la capacidad de planeación y previsión. Coordinación Visomotora, coordinación mano - ojo, atención y concentración. Así como velocidad.

Se trata de 10 laberintos de dificultad creciente, se cuentan tiempo y errores. Se considera error:

- a) Si cruza la línea imaginaria (de puntos) para entrar en un callejón sin salida
- b) Cruzar cualquier línea.
- c) Levantar el lápiz. No puede levantarlo y si se equivoca, debe trazar la línea para volver atrás.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena organización perceptual. Eficiencia en la planeación. Velocidad y exactitud. Habilidad para seguir instrucciones.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Organización visomotora deficiente. Ineficiencia en la planeación. Dificultad para aplazar la acción.

DIBUJOS GEOMÉTRICOS.

Se deben copiar diseños geométricos que el niño tiene que copiar, sin que exista límite de tiempo. Mide organización perceptual, habilidad perceptomotora y organización Visomotora.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena habilidad perceptomotora. Buena coordinación mano-ojo.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Habilidad perceptomotora deficiente. Coordinación mano-ojo deficiente. Inmadurez en el desarrollo.

DISEÑOS CON PRISMAS.

En esta subprueba mide coordinación Visomotora, organización perceptual, visualización espacial, capacidad para formular conceptos abstractos, así como análisis y síntesis.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena integración visomotora y espacial. Buena capacidad de conceptualización. Capacidad de análisis y síntesis. Velocidad y exactitud para evaluar un problema. Buena coordinación mano-ojo. Buena capacidad de razonamiento no verbal. Métodos de ensayo y error adecuados.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Integración Visomotora y espacial deficientes. Problemas visoperceptuales.

Tabla 6. Descripción de la Escala WISC-R

ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR (WISC-R)															
FINALIDAD	Evalúa los aspectos cualitativos y cuantitativos de la inteligencia general, que está formada por dos escalas: Verbal y Ejecutiva. Medir la capacidad del niño para comprender y manejar su entorno, demostrando conducta inteligente en distintas formas.														
AUTOR	Weschler , D.														
VERSIÓN y AÑO	Mexicana, 1981														
EDAD DE APLICACIÓN	6 a 16 años														
TIPO DE APLICACIÓN	Individual														
AREAS QUE MIDE	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">Escala verbal</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">Escala de Ejecución</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Información</td> <td>Figuras incompletas</td> </tr> <tr> <td>Vocabulario</td> <td>Ordenación de Dibujos</td> </tr> <tr> <td>Aritmética</td> <td>Diseño con cubos</td> </tr> <tr> <td>Semejanzas</td> <td>Composición de Objetos</td> </tr> <tr> <td>Comprensión</td> <td>Claves</td> </tr> <tr> <td>Retención de Dígitos (Suplem.)</td> <td>Laberintos (Suplem.)</td> </tr> </tbody> </table>	Escala verbal	Escala de Ejecución	Información	Figuras incompletas	Vocabulario	Ordenación de Dibujos	Aritmética	Diseño con cubos	Semejanzas	Composición de Objetos	Comprensión	Claves	Retención de Dígitos (Suplem.)	Laberintos (Suplem.)
Escala verbal	Escala de Ejecución														
Información	Figuras incompletas														
Vocabulario	Ordenación de Dibujos														
Aritmética	Diseño con cubos														
Semejanzas	Composición de Objetos														
Comprensión	Claves														
Retención de Dígitos (Suplem.)	Laberintos (Suplem.)														
TIPO DE ITEM	Estructurados														

Continuación Tabla 6.

<p>CALIFICACIÓN</p>	<p>Se califican los reactivos conforme al manual, para obtener el puntaje crudo. Una vez que se tienen las puntuaciones crudo de cada subtest, se convierten en puntuaciones normalizadas dentro del grupo de edad propio de cada sujeto.</p> <p>Se sacan puntuaciones de la Escala Verbal y Ejecutiva, convirtiéndose en CI Verbal y CI Ejecución y un CI Total.</p>																		
<p>DX</p>	<table border="0"> <tr> <td>130 o mas</td> <td>Muy Superior</td> </tr> <tr> <td>120-129</td> <td>Superior</td> </tr> <tr> <td>110-119</td> <td>Normal Brillante</td> </tr> <tr> <td>90-109</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>80-89</td> <td>Normal Torpe o Subnormal</td> </tr> <tr> <td>70-79</td> <td>Limitrofe</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>Deficiente Mental Superficial</td> </tr> <tr> <td>30-49</td> <td>Deficiente Mental Moderado</td> </tr> <tr> <td>29 o menos</td> <td>Deficiente Mental Profundo</td> </tr> </table>	130 o mas	Muy Superior	120-129	Superior	110-119	Normal Brillante	90-109	Normal	80-89	Normal Torpe o Subnormal	70-79	Limitrofe	50-69	Deficiente Mental Superficial	30-49	Deficiente Mental Moderado	29 o menos	Deficiente Mental Profundo
130 o mas	Muy Superior																		
120-129	Superior																		
110-119	Normal Brillante																		
90-109	Normal																		
80-89	Normal Torpe o Subnormal																		
70-79	Limitrofe																		
50-69	Deficiente Mental Superficial																		
30-49	Deficiente Mental Moderado																		
29 o menos	Deficiente Mental Profundo																		
<p>MATERIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de aplicación, • Protocolo, • Hoja de respuestas, • Hoja de perfil, para representar gráficamente las puntuaciones obtenidas. • Cronómetro • Lápiz 2 o 2 1/2 • Hojas blancas bond • Materiales visoconstructivos correspondientes a cada uno de los subtest de ejecución. 																		

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR (WISC-R)

A partir del esquema anterior es posible hacer un análisis no sólo cuantitativo del CI de una persona, sino también cualitativo del funcionamiento intelectual, para lo cual puede servir de base u orientación el siguiente esquema:

ESCALA VERBAL

INFORMACIÓN:

Mide información y conocimientos generales que el sujeto ha tomado de su medio, y la capacidad para recordar y evocar estos conocimientos. En este sentido, requiere de la función de memoria a largo plazo.

Los **factores que influyen** en el rendimiento en este sub-test son; dotes naturales (memoria), riqueza del ambiente, intereses y lectura, escolaridad y nivel sociocultural.

Posibles implicaciones de puntajes altos: puede indicar un buen grado de información, posesión de conocimientos asociados al ambiente educacional y cultural, buena memoria, ambición y curiosidad intelectual, alerta e interés en el ambiente

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Poca amplitud de información y conocimientos, memoria deficiente, hostilidad o tendencia a renunciar fácilmente a las tareas escolares o intelectuales. Baja orientación al logro, se desanima fácilmente.

COMPRESIÓN:

Mide la capacidad de comprensión verbal, el juicio social o sentido común; uso del conocimiento práctico, conocimiento de normas convencionales de conducta, juicio moral y ético, razonamiento, evaluación de situaciones sociales, expresión verbal.

Los **factores que influyen** son: la capacidad de evaluar y enjuiciar conductas en contextos sociales y de utilizar la experiencia pasada de una manera socialmente aceptable. El desempeño en esta prueba puede depender también en parte de las oportunidades culturales y experiencia y de la capacidad para adaptarse.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buen juicio social y sentido común.

Reconocimiento de las demandas y normas sociales. Conocimiento de las reglas de conducta convencional. Habilidad para organizar el conocimiento. Madurez social. Habilidad para verbalizar y expresar ideas.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Juicio social deficiente. Fracaso al tomar una responsabilidad personal (por ejemplo sobredependencia, inmadurez, trato limitado con los demás). Pensamiento demasiado concreto. Dificultad para entender situaciones sociales o para expresar verbalmente las ideas.

ARITMÉTICA:

Mide habilidad de razonamiento numérico, cálculo mental, capacidad para utilizar conceptos numéricos y operaciones matemáticas, concentración y atención, traducción de problemas verbales en operaciones aritméticas, memoria, secuenciación.

Factores que influyen en el rendimiento en este subtest: ansiedad, capacidad de atención, concentración, distracción, aprendizaje escolar y capacidad de trabajo bajo presión.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Facilidad para realizar el cálculo mental. Habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos. Buena concentración. Habilidad para centrar la atención. Habilidad para trabajar con patrones de pensamiento complejo. Estudiante orientado hacia el maestro.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Habilidad inadecuada para el cálculo mental. Concentración deficiente. Distracción. Ansiedad sobre una tarea de tipo escolar o por problemas personales. Bloqueo hacia las tareas matemáticas. Escaso logro escolar (quizás asociado con rebeldía contra la autoridad).

SEMEJANZAS:

Comprensión verbal, formación verbal de conceptos, pensamiento asociativo, abstracto, concreto y funcional; habilidad para separar los detalles esenciales de los que no lo son, memoria, cognición y expresión verbal. Los **factores que pueden influir** en las puntuaciones son los siguientes: Cantidad de lectura externa, intereses y oportunidades culturales.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buen pensamiento conceptual. Habilidad para establecer relaciones. Habilidad para usar el pensamiento abstracto y lógico.

Habilidad para discriminar las relaciones fundamentales de las superficiales. Flexibilidad de los procesos de pensamiento.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Pensamiento conceptual deficiente. Dificultad para establecer relaciones. Dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos, o conceptos. Pensamiento excesivamente concreto.

Rigidez de los procesos de pensamiento. Negativismo.

VOCABULARIO:

Comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, capacidad de aprendizaje, consolidación de la información, riqueza de ideas, memoria, formación de conceptos. Conocimiento adquirido. Pensamiento abstracto. Expresión verbal y cognición. Los **factores que influyen** son: dotación natural, nivel de educación, ambiente sociocultural, socialización, cantidad de lectura externa, aprendizaje escolar. Es la subprueba más estable de la escala verbal y la que tiene la más alta correlación con el rendimiento escolar.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena comprensión verbal. Buenas habilidades verbales y desarrollo del lenguaje. Buenos antecedentes familiares o culturales. Buena escolaridad. Habilidad para conceptuar. Esfuerzo intelectual.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Comprensión verbal deficiente. Habilidades verbales y desarrollo del lenguaje deficiente. Antecedentes educacionales y familiares limitados. Dificultad en la verbalización.

RETENCIÓN DE DÍGITOS:

Mide atención voluntaria. Concentración, memoria auditiva inmediata y secuenciación auditiva. Refleja los efectos de la ansiedad.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena habilidad para recuerdos inmediatos. Habilidad para entender bien en una situación de prueba. Habilidad para atender a estímulos auditivos.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Distracción. Un posible déficit en el aprendizaje. Dificultad en la secuenciación auditiva. Posible interferencia por ansiedad.

ESCALA DE EJECUCIÓN

FIGURAS INCOMPLETAS:

Mide organización perceptual. Identificación visual de objetos. Identificación de características esenciales. Capacidad de observación, identificación de objetos familiares (reconocimiento visual). Concentración en el material percibido visualmente, razonamiento, organización. Discriminación de lo esencial y accesorio. Cierre y memoria visuales.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena percepción y concentración. Buena atención a los detalles. Habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente. Habilidad para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Ansiedad que afecta la atención y concentración. Preocupación por los detalles irrelevantes. Negativismo ("nada le falta").

ORDENACIÓN DE DIBUJOS:

Mide organización perceptual, anticipación. Planeación de situaciones consecutivas, habilidad de razonamiento no verbal, atención a los detalles. Secuenciación visual, sentido común, inteligencia aplicada a relaciones interpersonales, captación de secuencias temporales lógicas.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Capacidad de planeación. Capacidad para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de

diversos actos de conducta. Atención a detalles. Previsión. Procesos secuenciales de pensamiento. Habilidad para sintetizar las partes en un todo inteligible.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Dificultad en la organización visual (secuenciación). Dificultad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias.

Falta de atención. Ansiedad. Fracaso en el uso de señales.

DISEÑO CON CUBOS:

Explora organización perceptual, capacidad de análisis y síntesis. Coordinación visomotora, visualización espacial, habilidad para conceptualización abstracta. Análisis y síntesis. Es la subprueba más estable de la escala de la ejecución.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena integración visomotora y espacial. Buena habilidad para conceptualizar. Buena orientación espacial, junto con velocidad, exactitud y persistencia. Capacidad para analizar y sintetizar. Velocidad y exactitud para evaluar un problema. Buena coordinación mano - ojo. Buena capacidad de razonamiento no verbal. Métodos de ensayo y error adecuado.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Integración visomotora y espacial deficientes. Problemas perceptivos. Orientación espacial deficiente.

COMPOSICIÓN DE OBJETOS:

Mide organización perceptual, coordinación visomotora, anticipación visual de las relaciones parte y todo, y planeación. Capacidad para sintetizar partes concretas dentro de un todo significativo y relaciones espaciales.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena coordinación visomotora. Habilidad para visualizar el todo a partir de sus partes. Habilidad para percibir un todo, con análisis crítico de las relaciones de las partes individuales. Ensayo y error exitoso. Experiencia en el ensamble de rompecabezas. Persistencia.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Dificultades visomotoras. Problemas perceptivos. Capacidad de planeación deficiente. Dificultad para percibir un todo.

Experiencia mínima en tareas de construcción. Interés limitado en tareas de ensamble. Persistencia limitada.

CLAVES

Mide factor de distracción, destrezas motoras, velocidad psicomotriz, coordinación óculo-manual. Memoria a corto plazo, recuerdo visual. Habilidades de atención, habilidades simbólicas asociativas, capacidad, iniciativa. Capacidad de aprendizaje. Hay dos formas:

Claves A: para menores de 8 años

Claves B: para mayores de 8 años

Posibles implicaciones de puntajes altos: Destreza visomotora. Buena concentración.

Energía sostenida o persistencia. Habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducir con velocidad y precisión. Buena motivación y deseo de logro.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Dificultades en la Coordinación visomotora. Distracción. Defectos visuales. Control del lápiz deficiente. Desinterés por tareas de tipo escolar. Preocupación excesiva por los detalles al reproducir símbolos con exactitud

LABERINTOS

Explora la organización perceptual, la capacidad de planeación y previsión. Coordinación visomotora, coordinación mano - ojo, atención y concentración. Así como velocidad.

Se trata de 9 laberintos de dificultad creciente, se cuentan tiempo y errores. Se considera error:

- Si cruza la línea imaginaria (de puntos) para entrar en un callejón sin salida
- Cruzar cualquier línea.
- Levantar el lápiz. No puede levantarlo y si se equivoca, debe trazar la línea para volver atrás.

Posibles implicaciones de puntajes altos: Buena organización perceptual. Eficiencia en la planeación. Velocidad y exactitud. Habilidad para seguir instrucciones.

Posibles implicaciones de puntajes bajos: Organización visomotora deficiente. Ineficiencia en la planeación. Dificultad para aplazar la acción.

Tabla 7. Descripción Test Bender

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER	
MIDE	Evaluación de la percepción Visomotora para conocer el nivel de maduración neurológica o daño neurológico de los niños.
AUTOR	Lauretta Bender
VERSIÓN y AÑO	Estados Unidos, 1963
EDAD DE APLICACIÓN	4 a 11 años
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
ÁREA QUE MIDE	La determinación del nivel de maduración en la integración visomotriz en los niños
TIPO DE ITEM	Lápiz y Papel. Gráfica no verbal.
NÚMERO DE ESTÍMULOS	9 Figuras geométricas
CALIFICACIÓN	A nivel cuantitativo se convirtieron las puntuaciones totales de errores desde el enfoque de Elizabeth Koppitz. De acuerdo a la puntuación de errores se saca la edad equivalente e indica la edad de maduración. El análisis cualitativo desde el enfoque de Lauretta Bender de acuerdo a lo establecido en el manual.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de prueba • Lápiz N° 2, lápices de repuesto o sacapuntas. • Hojas blancas tamaño carta • Las 9 tarjetas de administración, A 1,2,3,4,5,6,7,8.

DESCRIPCIÓN DEL TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

Lauretta Bender la realizó en 1938 se enfocó al estudio de la psicología de la percepción y para ello utilizó los diseños que Max Wertheimer creó en 1923 para la demostración de los principios de la Gestalt, la autora define a la Función Gestáltica como "aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada por un todo, siendo la respuesta misma una constelación un patrón, una gestalt".

Los principios de la Gestalt en lo que se basa la ejecución del sujeto en la prueba de Bender son (Benavides y Di Castro, 1982):

- a) Parte- Todo. El todo no es igual a la suma de sus partes
- b) Proximidad. Los elementos próximos entre sí en tiempo o espacio tienden a percibirse juntos.
- c) Similitud. Se perciben como arte de una misma forma aquellos elementos parecidos entre sí.
- d) Dirección. La dirección de las líneas se continúan fluidamente.
- e) Disposición Objetiva. Tendencia a continuar percibiendo una organización dada con anterioridad.
- f) Destino Común. Los elementos que se desvían de una estructura son agrupados a su vez.
- g) Cierre. Tendencia a percibir una forma de la mejor manera posible. La figura mejor percibida es la más estable.
- h) Inclusividad. De entre otras posibilidades, se percibirá más fácilmente aquella figura que utiliza todos los elementos disponibles.

La evolución Gráfica Gestalten de los patrones visomotores realizados en niños:

EDAD	FIGURA								
	A	1	2	3	4	5	6	7	8
Adulto	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	75%	95%	65%	60%	95%	90%	70%	75%	90%
10 años	90%	90%	60%	60%	50%	50%	60%	60%	90%
9 años	80%	75%	60%	70%	80%	70%	60%	65%	70%
8 años	75%	75%	75%	60%	80%	65%	70%	65%	65%
7 años	75%	75%	70%	60%	75%	65%	60%	65%	60%
6 años	75%	75%	60%	60%	75%	60%	60%	60%	75%
5 años	65%	65%	60%	60%	70%	60%	60%	60%	75%
4 años	90%	85%	75%	60%	70%	60%	65%	60%	60%
3 años	---	---	Garabato	---	---	---	---	---	---

Los niños entre los 2 años y medio a 4, se deduce los siguientes principios: los garabatos son al comienzo, el resultado de una mera actividad motora; suelen adquirir significado después de su ejecución. Además, al ser realizados en curvas cerradas o fragmentos de curvas tienden a adquirir una forma diferenciada. Los patrones o gestalten resultan de la combinación de aquellos que, a su vez, se adaptan para asemejarse al estímulo percibido o para representarlo simbólicamente. El niño encuentra difícil la reproducción de los patrones, pero mediante varias experimentaciones motoras. Le resulta más fácil la imitación de los movimientos de otras personas. Existe asimismo, una tendencia a perseverar en un patrón ya aprendido, aún cuando sea autodescubierto, en los casos de que

sea adaptable a otras figuras percibidas o en el más primitivo nivel a utilizar la primera forma experienciada o patrón de conducta en respuesta a toda figura que se presente con anterioridad. Esto significa para el niño meramente un estímulo que provoca el patrón.

Entre los 4 y 7 años se produce una rápida diferenciación de la forma. Esta es la edad en que los niños concurren a la escuela y en la que se espera aprendan a leer y escribir. A menudo un niño de esta edad suele alcanzar en una gestalt un nuevo principio, pero no puede combinar dos de ellos en la misma gestalt. Muchos usan redondeles en lugar de puntos y falta exactitud en las relaciones oblicuas.

Los patrones Visomotores se organizan alrededor de las primitivas espirales cerradas con tendencias hacia determinadas direcciones (generalmente dextrorsas y horizontales al comienzo) y conducta perseverativa. Existe un constante integración entre los caracteres motores y los sensoriales, a los que jamás puede separarse, aunque uno u otro es capaz de avanzar con mayor rapidez durante el proceso de maduración e incluso aparecer como dominante en una cierta etapa de la evolución gestáltica.

Existe una continua búsqueda de experiencias nuevas en el niño se da libremente, de manera que sus actividades se convierten en una parte activa del conocimiento adquirido. Este conocimiento se convierte en creador de gestalten en ininterrumpida expansión, adoptando siempre nuevas formas en la experiencia del niño en crecimiento, es experimentada y producida por él. En los dibujos de las formas ggestálticas obtenidas en los distintos niveles de edad puede apreciarse con facilidad que el niño las acepta no como verdades o patrones absolutos de las formas exhibidas, sino como representación de constelaciones de estímulos, ante las cuales los diferentes organismos reaccionan y experimentan de distinto modo, y que la respuesta o experiencia de cada niño es completa y satisfactoria para él.

Tabla 8. Descripción del Test IVM

TEST DE DESARROLLO DE LA INTEGRACIÓN VISOMOTRIZ IVM	
FINALIDAD	Determinar el grado en el cual los individuos pueden integrar sus habilidades visuales y motrices.
AUTOR	Beery Keith y Beery Natasha
VERSIÓN y AÑO	Ingles, 1967
EDAD DE APLICACIÓN	3 a 7 años
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
AREAS QUE MIDE	Integración Visomotriz Coordinación Motriz Percepción Visual
TIPO DE ITEM	Grafica no verbal
NÚMERO DE ESTÍMULOS	IVM 18 estímulos Percepción visual 27 estímulos Coordinación Motriz 27 estímulos
CALIFICACIÓN	Se califica con 1 punto por cada formato de la IVM, Percepción Visual y Coordinación Motriz, sacando puntuaciones naturales y convirtiéndose en puntuaciones estandarizadas por edad. Con una media de 100 y una DE de 15
DX	De acuerdo a las puntuaciones normalizadas se da un diagnóstico: 133-160 Alto 118-132 Promedio 68-82 Bajo 40-67 Muy bajo

Continuación Tabla 8.

MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• <i>Protocolos de aplicación VMI, Percepción Visual y Coordinación Motriz.</i>• <i>Lápiz 2 ó 2 ½</i>• <i>Cronometro</i>
-------------------	--

DESCRIPCIÓN DEL TEST DE DESARROLLO DE LA INTEGRACIÓN VISOMOTRIZ IVM

La prueba del desarrollo de la Integración Visomotriz (VMI) es una secuencia de desarrollo de formas geométricas para ser copiadas en papel y lápiz.

Los propósitos de la VMI son ayudar a identificar mediante el examen temprano, niños que pueden necesitar asistencia especial, obtener los servicios requeridos, poner a prueba la eficacia de las intervenciones educativas y de otra índole y desarrollar investigaciones.

Contiene 2 pruebas suplementarias estandarizadas, VMI de percepción visual y VMI de coordinación motriz. La VMI está diseñada para determinar el grado el cual los individuos pueden integrar sus habilidades visuales y motrices.

Desde las amibas hasta los humanos y desde los infantes hasta los adultos un desarrollo exitoso se caracteriza por un incremento en la especificación y la integración de las partes con el todo.

Se espera que una prueba de integración Visomotora pueda ayudar a algunos niños a dirigirse hacia una más completa integración de sus aspectos físicos, intelectuales, emocionales y espirituales con la totalidad de su ser y con los demás.

El primer propósito de la VMI es ayudar a identificar a través de una investigación prematura dificultades significativas que algunos niños presentan en la integración o coordinación de percepción visual y sus habilidades motrices (movimiento dedo-

mano). A través de una identificación temprana se espera que puedan prevenirse dificultades posteriores a remediarse mediante una apropiada intervención educativa, médica o de cualquier otro tipo.

En algunos casos es posible que los resultados de la VMI simplemente ayuden a identificar las necesidades de cada niño, además puede ser útil para evaluar la eficacia de los servicios educativos psicológicos, médicos o ambos que han sido proporcionados sirve para propósitos de investigación educativa o Neuropsicológica.

Desarrollo Visual

A nivel Filético. Todos los organismos son sensibles a la luz. Moderadamente alto en la escala filogenética algunas formas marinas tienen pares de manchas pigmentadas cerca del cerebro. En niveles altos la discriminación de patrones y talla puede ser posible y en algunos vertebrados los nervios ópticos cruzan por completo para lados opuestos del cerebro. Los primates, los ojos están colocados al frente, esta colocación permite plena sobreposición entre los campos visuales izquierdo y derecho. Así la percepción de profundidad, convergencia y el seguimiento visual son posibles sin el movimiento de la cabeza. El resultado es una visión binocular.

A nivel ontogénico. El ojo se desarrolla fuera del cerebro anterior bastante temprano, como a la tercera semana después de la fertilización. Los bebés que nacen con 2 meses de anticipación pueden diferenciar la luz de la oscuridad y para la cuarta semana son capaces visualmente de perseguir un objeto en movimiento.

La percepción visual es mejor definida con la interpretación del estímulo visual, el paso intermedio entre la cognición, la percepción visual por tanto, no es sensación o agudeza visual. Tampoco es la lectura o algún otro sentido cognoscitivo.

La integración del todo por las partes ha tenido especial significado en el desarrollo de la percepción visual. Partes de la figura y del fondo deben diferenciarse e integrarse con el todo. Muchas personas con daño cerebral parecen ser capaces de analizar partes, pero no pueden sintetizar las partes

dentro del todo. El desarrollo normal a niños se ha resumido en general de la siguiente manera: Primero el niño se centra en el todo (poca atención a los detalles) hasta la edad de 3 años. El punto focal cambia a las partes, a la edad de 4 o 5 años, hacia los detalles a los 6 años y la integración de las partes bien diferenciadas dentro del todo cerca de los 9 años de edad. Estos son focos generales de atención.

Desarrollo motriz

Filético: Muchos mamíferos poseen habilidades de manipulación y en los primates está bien desarrollada la capacidad de asir y mecer una gran variedad de objetos. La oposición del pulgar y el índice que permite manipulaciones intrincadas y precisas, es común entre primates y es más pronunciada en los humanos.

Ontogénico: Existe una tenencia del desarrollo que va de la actividad generalizada a la específica. El desarrollo también tiende a progresar en dirección céfalo caudal (cabeza hacia abajo) y próximo-distal (de la espina hacia afuera). La actividad de los dedos es el último refinamiento ontogénico complejo hombros, brazos y manos.

Desarrollo visomotriz

Filetico: El sistema nervioso, desde las amibas hasta el de los humanos parece haber progresado hacia el mejoramiento de la interacción entre modalidades sensoriales y de expresión las cuales antiguamente estaban en algunos casos separados. En los humanos adultos las modalidades sensoriales y expresivas se hallan visualmente bien conectadas y coordinadas e integrados.

Ontogénicos La respuesta visomotriz puede ser la primera respuesta sensorial de integración que se desarrolla, la integración es una función subcortical tronco cerebral, si hubiera carencia de desarrollo o daño en dichas áreas una prueba visomotriz podría detectarlo.

La integración visomotriz es el grado en el cual la percepción visual y los movimientos dedos-mano están bien coordinados.

Tabla 9. Descripción del Test HTP

HTP (CASA, ARBOL Y PERSONA)	
FINALIDAD	Evaluación global de la personalidad, estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de la personalidad.
AUTOR	Buck, 1970
VERSIÓN y AÑO	Española, 2008
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 4 años hasta adultos
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
TIPO DE ITEM	Prueba Grafoproyectiva. Técnica gráfica
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Manual para la interpretación• Lápiz No. 2 o 2 1/2• Goma• Hojas blancas tamaño carta

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA HTP (CASA ÁRBOL Y PERSONA)

Evalúa las funciones del ego conflictos de personalidad, autoimagen y percepción y dinámica familiar.

El sujeto debe dibujar una casa una árbol y una persona estos tres conceptos gráficos tienen gran potencia simbólica, y que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales conscientes e inconscientes ligadas al desarrollo de la personalidad. Su aplicación permite observar la imagen interna que el sujeto tiene de si mismo y de su ambiente, que cosas considera importantes, cuales destaca y cuáles no.

La casa estimula asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares a la vez que tanto el árbol como la persona captan la imagen corporal y el concepto de sí mismo. Mientras que el dibujo del árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí, el de la persona permite la transmisión de una autoimagen más cercana a la conciencia y de las relaciones con el ambiente.

Las características de la administración en la versión original de (Buck 1970), se solicitan los tres dibujos siempre en el mismo orden, respetando la secuencia que indica el título (la casa, el árbol y la persona en vertical). De esta manera se pasa en forma gradual desde las representaciones más alejadas hasta las más cercanas a la propia persona para después requerir asociaciones verbales a cada grafismo por medio de un cuestionario previamente estimulado.

La interpretación se basa en las características de los dibujos, tamaño, ubicación presencia o no determinados elementos, proporción, detalles, calidad de línea se analizan los aspectos dinámicos de cada uno de los elementos del dibujo tanto la casa, árbol y la persona.

Tabla 10. Descripción del Test de Familia

TEST DE LA FAMILIA	
FINALIDAD	Explora la dinámica familiar, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica el niño
AUTOR	Corman 1961
VERSIÓN y AÑO	Español 1967
EDAD DE APLICACIÓN	A partir de los 5 años en adelante
TIPO DE APLICACIÓN	Individual
TIPO DE ITEM	Prueba Grafoproyectiva. Técnica gráfica
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Manual para la interpretación• Lápiz 2 o 2 1/2• Goma• Hojas blancas tamaño carta

DESCRIPCIÓN DE LA TEORÍA BÁSICA DE LA PRUEBA DE LA FAMILIA

La prueba de la familia es una prueba gráfica proyectiva que por lo tanto comparte los fundamentos de la interpretación de la expresión gráfica del niño. Al realizar la familia se ve de manera más marcada, los aspectos emocionales.

Evalúa clínicamente como el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en este sistema al que consideramos como un todo. Además permite investigar sobre aspectos de la comunicación del niño con otros miembros de su familia, y de los miembros restantes entre sí.

La interpretación del Dibujo de la familia de un niño hay que tomar en cuenta la etapa de desarrollo cronológico en la que éste se encuentra, así como la fase del desarrollo emocional, considerado desde la perspectiva psicoanalítica. En el Dibujo de la familia se manifiesta con claridad la dinámica triangular en la que el niño se estructura como sujeto. Otro aspecto importante en la interpretación del Dibujo de la Familia es considerar el enfoque estructural sobre la familia (Minuchin, 1968) que postula que ésta es una estructura que constituye un sistema abierto. Así mismo la familia funciona como una totalidad, la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros miembros y depende de ellos.

Los principales subsistemas en una familia son, según Minuchin 1968: el subsistema conyugal (pareja), el parental (crianza de los hijos la paternidad y maternidad) y el fraterno (relación entre los hijos).

Esta prueba da importancia a las estructuras, límites y comunicación que se manifiestan en el dibujo de los niños, también la prueba puede considerarse como una apercepción en la que el niño expresa subjetivamente como ve a su familia. Se observa como el niño percibe los límites entre los subsistemas, si estos son flexibles o rígidos o qué tanto los subsistemas que se expresan en el dibujo no corresponden a los esperados en una familia adaptada.

La aplicación es de manera individual, dándoles la instrucción: Dibuja una familia, o bien, imagina una familia que tú inventes y dibújala. Al terminar de hacer el dibujo, se le elogia y se le pide que lo explique, se recomienda hacer una serie de preguntas como: ¿Dónde están? ¿Qué hacen ahí? ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia? Y ¿por qué? ¿Cuál es el menos bueno de todos? y ¿por qué? ¿Cuál es el más feliz? y ¿por qué? ¿Cuál es el menos feliz? y ¿por qué? ¿Tú en esta familia a quién prefieres? Suponiendo que formarás parte de esta familia ¿Quién serías tú?

Se interpreta de acuerdo a Louis Corman (1961) en base a tres planos:

1.- Plano Gráfico: Éste se relaciona con todo lo concerniente al trazo. Como es la fuerza o debilidad de la línea, la amplitud, el ritmo y el sector de la página que se dibuja.

2.-Plano de las estructuras formales: Éste se considera la estructura de las figuras así como sus interacciones y el marco inmóvil o animado en que actúan, si hay dinamismo de vida en las figuras, o dibujan de manera más estereotipada y rítmica, de escaso movimiento y personajes aislados.

3.-Plano de contenido. Como es que el niño se representa él, en su mundo familiar a su modo, lo que da lugar a que las defensas operen de manera más activa, las situaciones de ansiedad se niegan con énfasis y las identificaciones se rigen por el principio del más fuerte. El dibujo siempre debe compararse con la familia real. Es importante observar qué personaje se valora más en el dibujo, pues éste es aquel que el niño le presta mayor atención, así mismo, también es necesario tomar en consideración cuál se devalúa o se suprime, que figura la dibuja más lejos se dibuja más pequeño, etc. Se valora la adaptación a la vida familiar del niño así como si existe un conflicto manifiesto.

SOFTWARE EDUCATIVO PIPO

Pipo presenta una colección de juegos educativos en CD-ROM que captan rápidamente el interés del niño debido a su presentación y creatividad en el tratamiento de los diferentes temas. Con estos programas trabajamos las diferentes áreas del desarrollo escolar y, habilidades necesarias en el aprendizaje y evolución del niño.

La colección abarca un amplio abanico de edades que va desde los 15 meses hasta los 12 años. Los juegos han sido creados y coordinados por profesionales de la Psicología Infantil que cuentan con las aportaciones de personas dedicadas a la docencia y especialistas en cada área. Claros, sencillos y muy estimulantes, pretenden que el niño sea capaz de desenvolverse solo y aprenda jugando, favoreciendo y estimulando la intuición, razonamiento, creatividad, etc.

Aunque el menor percibe los juegos simplemente como juegos, y le divierte resolverlos, desde el punto de vista de la Pedagogía cada uno de ellos responde a una detallada planificación de objetivos que queremos conseguir. Cada niño avanzará según su ritmo de aprendizaje, en función de su edad y sus conocimientos. Por sus características han resultado ser tremendamente útiles en niños con dificultades en el aprendizaje o Educación Especial.

Los contenidos educativos de Pipo se complementan a los contenidos curriculares de la Educación Infantil y Primaria que establece la LOGSE (Ley de Ordenación General del Sistema Educativo) y a las finalidades que señala dicha ley. Productos de la colección Pipo han sido homologados por el Ministerio de Educación⁵.

A continuación se describen los diferentes softwares educativo de PIPO, sus juegos y funciones:

⁵ Producido por CIBAL Multimedia S.L, Dirección: Darder Fernando, Cols: Crespi Juan M, Yañez Javier, Darder Toni, Barceló Eva, Crespi Juan M. Año 1996-2005.

DISCO

JUEGOS
DIDACTICOS

FUNCIONES

Aprende a leer con Pipo 1 de 3 a 6 años	<u>Las sílabas de la cigala</u>	Asociación de sonido silaba y pronunciación de las sílabas para formar palabras. Identificar y discriminar letras
	<u>Las medusas</u>	Identificar sonido y grafía. Discriminar sílabas. Reforzar el aprendizaje de los colores
	<u>Colorea I</u>	
	<u>Las burbujas</u>	Reconocer sílabas y asociar imágenes.
	<u>El escarabajo de la selva</u>	Reconocer las sílabas en diferentes tipos de letra cursiva y de molde
	<u>Las estrellas</u>	Aprender el recorrido que hay que seguir para escribir cada letra sobre papel.
	<u>Los submarinos</u>	Reforzar la lectura de las palabras más sencillas de la cartilla. Asociar palabras con sus respectivas imágenes.
	<u>Los peces</u>	Reconocer de forma global las palabras. Asociar grafías
	<u>Los pájaros</u>	Construir palabras a partir de sílabas. Discriminar grafías.
	<u>Los monos</u>	Aprender las letras. Manipular el teclado. Secuenciar sucesivamente las letras
	<u>Las arañas</u>	Perfeccionar la comprensión lectora y auditiva. Reconocer de forma global las palabras
	<u>El tucán</u>	Completar las frases. Discriminar palabras. Perfeccionar la comprensión lectora
<u>Las libélulas</u>	Desarrollar la comprensión lectora. Reforzar la memoria auditiva	

	<u>Globos</u>	Reconocer y discriminar letras para la formación de palabras
	<u>Viste a Pipo y Cuca</u>	Reconocer diferentes prendas de vestir, de niño y niña, y colocarlas en el lugar correcto del cuerpo.
	<u>Puzles</u>	Potenciar la memoria visual o fotográfica para la orientación en el espacio. Orientarse en el espacio a través de la creación de puzles.
	<u>Colorea las escenas</u>	Discriminar las diferentes gamas o variedades de colores, pintando las escenas de forma libre y desarrollar las capacidades artísticas.
Imagina y crea con Pipo de 3 a 10 años	<u>El tangram de Pipo</u>	Discriminar y crear figuras o dibujos a partir de la combinación de figuras geométricas.
	<u>Veo, veo...</u>	Ampliar vocabulario a través de la formación de palabras, a partir de las primeras letras y sílabas, representadas por una ilustración
	<u>El piano</u>	Aprender a discriminar diferentes sonidos, ritmos, y melodías a través de las notas musicales. Potenciar la sensibilidad auditiva. Desarrollar la creatividad a través de la música
	<u>Resuelve y colorea</u>	Reconocer los colores asociados a sílabas y a números.
	<u>Las parejas</u>	Asociar dibujos, de diversos temas, por parejas

Matemáticas con Pipo de 3 a 7 años	<u>Unir puntos</u>	Aprender y/o reconocer el sistema numérico
	<u>colorear</u>	Reconocer los números a partir de los colores
	<u>Los puzzles</u>	Potenciar la organización espacial, el razonamiento abstracto, la percepción visual, y la lógica.
	<u>Operaciones matemáticas</u>	
	Suma (cohetes)	Aprender a sumar restar multiplicar y dividir y a realizar cálculos mentalmente.
	resta(aviones)	
	multiplicación(submarinos) y	
	división (dirigibles)	Aprender a sumar restar multiplicar y dividir con unidades decenas y centenas de 2, 3 y 4 cifras
	<u>La máquina de sumar, restar, multiplicar, y división</u>	Reforzar la adquisición del concepto y del proceso de la suma, resta, multiplicación y división.
	<u>Los marcianos</u>	Aprender los conceptos de mayor y menor. Series numéricas. Los números de hasta 4 cifras y su valor posicional (unidades, decenas, centenas y unidades de millar).
<u>Crear números</u>	Aprender a hacer mediciones con la regla. Practicar sumas y restas	
<u>Los Peces</u>	Potenciar y estimular la capacidad Lógico-Matemática. Manejar instrumentos de medida convencionales (la balanza).	
<u>La balanza</u>	Aprender a utilizar las monedas de forma adecuada y a calcular el precio exacto de diferentes productos.	
<u>Las monedas</u>	Estimular la capacidad mental en cuanto a cálculo y razonamiento lógico.	
<u>Los cocodrilos</u>	Aprender a deducir secuencias lógicas. Razonar y pensar de forma abstracta y deductiva.	
<u>La montaña rusa</u>	Practicar y repasar la serie numérica. Además de las operaciones matemáticas básicas: sumar, restar, multiplicar y dividir.	

**Vamos a leer
con Pipo 2
de 5 a 8 años**

<u>Las naves espaciales</u>	Interiorizar la grafía de las sílabas. Relacionar grafía con sonido.
<u>Las estrellas</u>	Discriminar sílabas diferenciando diversos tipos o modalidades de escritura (mayúscula, minúscula o enlazada).
<u>Los asteroides</u>	Interiorizar la grafía de las sílabas. Relacionar grafía con sonido
<u>Los lápices de colores</u>	Colorear diferentes dibujos divididos en zonas silábicas. Diferenciar y discriminar las sílabas.
<u>Los ovnis</u>	Desarrollar la memoria visual y la coordinación Visomotora. Reforzar la interiorización de las sílabas.
<u>Los cráteres</u>	Reconocer globalmente palabras a partir de su grafía. Asociar las grafías de las palabras.
<u>Los torpedos</u>	Desarrollar la comprensión lectora y auditiva. Practicar la lectura e interiorizar la grafía de cada palabra. Reconocer globalmente palabras a partir de su pronunciación.
<u>La mina espacial</u>	Teclar palabras en orden de escritura. Aprender a escribir correctamente vocabulario diverso. Ubicar las teclas y manejar el teclado del ordenador
<u>Los extraterrestres</u>	Construir palabras a partir de sílabas. Reforzar la lectura y la composición de palabras.
<u>Los robots</u>	Reconocer y asociar fonemas en diferentes palabras. Diferenciar y discriminar fonemas auditivamente. Adquirir vocabulario
<u>Cuca astronauta</u>	Formar palabras. Estimular el pensamiento abstracto y deductivo.
<u>El robotito</u>	Reconocer y diferenciar letras para formar palabras. Manejar el teclado del ordenador.
<u>El teclado sideral</u>	Completar frases. Leer y comprender palabras. Discriminar palabras en una secuencia de unidades gramaticales
<u>El dictado espacial</u>	Copiar frases. Aprender a manejar el teclado del ordenador.

La abeja astronauta

Escuchar y teclear frases. Usar mayúsculas y acentos según las reglas ortográficas. Respetar los signos de puntuación.

Comprender textos escritos a partir de una lectura individualizada.

Leer comprensivamente un texto.

Propiciar el interés por la lectura

RESULTADOS

Los resultados cualitativos que se presentaron en el área de Rehabilitación sobre los alcances terapéuticos y psicoeducativos de cada uno de los niños (as) con PCI se fueron manifestando de acuerdo a sus habilidades y capacidades para afrontar su discapacidad, su estancia en el hospital, relaciones interpersonales, autoestima, emociones negativas que se presentaban en el hospital, tener una adecuada comunicación entre los miembros de la familia, aceptación de la discapacidad a nivel individual y familiar.

Dentro de un ambiente de cooperación, cordialidad, empatía se trabajó a nivel psicológico con los padres, se obtuvieron resultados óptimos como aceptar la discapacidad de su hijo, expresando todos los sentimientos negativos y positivos como: el rechazo, la negación, la sobreprotección, la sobreexigencia, propiciando el reconocimiento de estos sentimientos ambivalentes; expresándolos, sin negarlos, encubrirlos o disfrazarlos. Aceptaron las limitaciones que impone la discapacidad, y buscaron alternativas positivas para la adaptación, superación y crecimiento de sus hijos(as) con PCI.

Así mismo favorecimos la calidad de vida a nivel emocional tanto de los padres de familia como de los pacientes en el hospital. Fomentamos el diálogo entre los miembros de la familia para afrontar los problemas que surgen en la vida cotidiana de su hijo(a). Observando cambios en los sentimientos de negación, rechazo, culpa, miedo, inseguridad, desconcierto, rabia, etc., Por ello los padres de familia se veían más tranquilos y dispuestos a cooperar en el tratamiento de su hijo(a), ya que los padres en ocasiones se encontraban muy demandantes, preocupados, tensos y hostiles con la información que se les daba de sus hijos.

Se aumentó el acercamiento, interacción y comunicación entre padres e hijos para favorecer el desarrollo emocional del niño(a) dentro del hospital permitiéndole expresar sus sentimientos, necesidades y expectativas, obteniendo una mejor adaptación al sentirse seguros, confiados, tranquilos y con una mayor aceptación al tratamiento.

En los niños se encontró marcadas dificultades en el área emocional, manifestándose en el desarrollo de la socialización por temor a que los rechacen, problemas en el control y expresión de las emociones impidiéndoles tener buenas relaciones interpersonales, así como problemas en su autoestima afectándoles en su personalidad y conducta, suponiendo que estas conductas al cambio corporal y a la discapacidad que impone la Parálisis Cerebral hay una incapacidad para funcionar como antes, y adaptarse a su nuevo estado físico que es desconocido y poco a poco tienen que contemplar y superar.

Trabajando estas áreas (emocional, social, familiar y autosuficiencia) los niños (as) se fueron adaptando de manera óptima, se les daba la confianza y seguridad con un trato de amabilidad para realizar sus actividades utilizando el elogio, reconociendo sus progresos por pequeños que fuesen, estableciendo reglas y límites para afianzar la confianza entre el niño(a), el psicólogo y su medio. De esta manera el niño(a) comenzó a participar y ser activo, desarrollando su propia iniciativa y autonomía, dándole seguridad en sus propias capacidades y habilidades para enfrentarse a los problemas durante su estancia en el hospital, creando conciencia de sus capacidades, no solo aprendiendo a conocer su discapacidad sino aceptándose tal y como son, respetándose y valorándose como seres humanos logrando que sean independientes emocionalmente, con estilos de vida saludables y mejorando su calidad de vida, hasta donde esto fue posible dentro de su individualidad.

Con la Relajación por Respiración Diafragmática e Imaginería Guiada se observó una reducción en el estrés de los niños (as) al momento de recibir su terapia física, se mostraron más tranquilos, descansados, dispuestos a cooperar en los ejercicios físicos. Se redujo también la tensión muscular, las reacciones fisiológicas como la sudoración, temblor, cefaleas y la taquicardia, disminuyendo las conductas negativas como berrinche, llanto, gritos y agresión hacia los padres o al personal médico.

RESULTADOS PSICOEDUCATIVOS

A nivel psicoeducativo en el Programa Sigamos Aprendiendo Juntos en el Hospital con el material didáctico PIPO, se mostraron cambios lentos pero progresivos en las áreas de español y matemáticas. Analizando las necesidades y dificultades que tenían cada niño(a) de acuerdo a los resultados arrojados en las pruebas psicológicas, se trabajaron las áreas de memoria, atención y concentración, abstracción y síntesis, planeación y anticipación, coordinación motriz fina, percepción visual y auditiva, manejo de cantidad y número, cálculo matemático, aptitudes de tareas de tipo imitativo, copia e integración visomotriz.

Se logro que los niños(as) adquirieran herramientas en su lectoescritura y matemáticas, desarrollando sus destrezas y habilidades del pensamiento de manera amena y divertida durante su estancia en el hospital como por ejemplo:

- Identificar las vocales y consonantes, leerlas y escribirlas para realizar oraciones.
- Mejoraron su calidad en la motricidad fina con ejercicios de trazos y caligrafía.
- Atención y memoria se trabajó identificación percibir características de objetos, situaciones o sucesos a través de los sentidos vista oído olfato gusto y tacto.
- Comparación: Buscaron semejanzas o diferencias entre objetos.
- Ordenación: Organizaron los elementos de un conjunto de objetos de acuerdo a un criterio previamente establecido, secuencias crecientes o decrecientes
- Clasificación: Identificaron características semejantes y diferentes, eligieron y colocaron los objetos con sus respectivos elementos.

- Análisis: Parte del pensamiento que permite descomponer un todo en sus partes, así pudieron ordenar sus ideas en una secuencia en etapas o pasos para realizar una tarea establecida.
- Síntesis: integraron lo que comprendían de una lectura o un problema matemático.

En matemáticas se mostraron avances en cada uno de los niños(as), en cuanto a:

- Nociones de cantidad y número.
- Operaciones básicas como suma, resta, multiplicación y división.
- Series numéricas.
- Problemas matemáticos de operaciones básicas.

Con respecto a lo anterior los niños podían realizarlas con mayor facilidad. El grado de dificultad dependía en función de sus capacidades y habilidades que cada quien presentaba, respetando el ritmo de aprendizaje de cada uno. De esta manera los niños aprendieron a encontrar soluciones positivas a los problemas, tomaron decisiones con una mentalidad creativa y asertiva.

Por lo tanto todo esto aportó una serie de aprendizajes e intereses personales para trabajar con niños con discapacidad, adquiriendo nuevas habilidades en mi formación como psicóloga.

Considerare dos aspectos importantes sobre mi formación como psicóloga, en primer lugar las expectativas cubiertas y en segundo lugar las habilidades adquiridas en el aula y las desarrolladas en el Servicio Social.

EXPECTATIVAS Y HABILIDADES ADQUIRIDAS EN EL INR

El objetivo del Servicio Social en el programa de "Atención a pacientes con problemas en el Área de Rehabilitación Pediátrica" fue aprender sobre la discapacidad, aplicando los conocimientos vistos en la carrera de Psicología.

Inicialmente esperaba practicar la entrevista clínica, perfeccionar la observación clínica de los pacientes que llegaran a consulta, dar un adecuado diagnóstico y tratamiento a nivel psicológico para el paciente y su familia, conocer e investigar sobre diferentes discapacidades que atiende el área de Psicología en el hospital, adquirir un entrenamiento terapéutico para atender psicológicamente individual y grupalmente a los pacientes y a los padres de familia; perfeccionar la aplicación e interpretación de las evaluaciones psicológicas y conocer otras escalas que se aplican en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Mis expectativas cubiertas fueron: Perfeccionamiento en la aplicación e interpretación de las pruebas psicométricas en el campo práctico en el ámbito hospitalario con pacientes con PCI, logrando un adecuado psicodiagnóstico, así mismo aumento de mis capacidades en la observación clínica, desarrollando un excelente trabajo con los pacientes y padres de familia, siendo más fácil la identificación de sentimientos de frustración, culpabilidad, enojo, tristeza, incomodidad, o lo que pudiese presentar el paciente y sus familiares. Conocí, aprendí e investigué sobre las diferentes discapacidades que llegaron al Instituto; por último también aprendí a trabajar con niños con Parálisis Cerebral a nivel emocional con la Terapia Racional Emotiva de Ellis, Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers y Relajación Diafragmática e Imaginería Guiada aplicadas psicológica y psicoeducativamente en el ambiente hospitalario.

Habilidades adquiridas en mi formación Profesional en el Aula:

1. Observación Conductual
2. Registro Conductual
3. Entrevista Clínica
4. Aplicación, Calificación e Interpretación de Pruebas Psicológicas
5. Redacción de Informes Psicológicos

Habilidades desarrolladas durante el Servicio Social:

1. Orientación Familiar y atención psicología a los pacientes a través de la Terapia Racional Emotiva y Terapia Centrada en el Cliente, Relajación Diafragmática e Imaginería Guiada, trabajando el duelo e ideas inadecuadas sobre la discapacidad física y mental de sus hijos y en los pacientes.
2. Favorecimos la empatía en un ambiente cálido y de respeto con el paciente y los padres.
3. Logramos el establecimiento de reglas, normas y límites funcionales dentro de la familia, así mismo se trabajó la concientización y aceptación de la responsabilidad como padres hacia el seguimiento médico que requerían sus hijos para no dejar inconcluso el tratamiento interdisciplinario que les ofreció el Instituto.

Las habilidades desarrolladas a nivel psicodiagnóstico y psicoeducativo:

1. Conocimiento y manejo de los siguientes test: Escala de Desarrollo Infantil Bayley, Escala de Integración Visomotriz (VMI).
2. Aplicación del Programa psicoeducativo a los niños con PCI, el Software Educativo PIPO en sus niveles preescolar y escolar.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

De acuerdo al trabajo realizado en el Servicio Social y los resultados presentados previamente se sugiere: que para los futuros prestadores de Servicio Social desde mi experiencia, se les debe proponer hacer evaluaciones Pre-Post para realizar una línea de investigación de manera más cuantitativa el apoyo terapéutico y psicoeducativo en cada uno de los niños(as) con parálisis cerebral durante su estancia hospitalaria, ya que esto ayudara a diseñar programas de apoyo psicológicos específicos para los pacientes con PCI y sus familiares.

Se recomienda que en futuras investigaciones se pueda elaborar o diseñar talleres o programas de apoyo psicológico que ayuden a los niños a elaborar y descargar sus ansiedades, miedos o angustias en el hospital, como un recurso para expresar sus emociones sobre su discapacidad y los acontecimientos que tendrán que pasar durante su hospitalización, un ejemplo de ello sería la Terapia de Juego como una herramienta terapéutica en el tratamiento de problemas emocionales en niños(as) con Parálisis Cerebral Infantil, para conocer y saber qué es lo que vive sobre su discapacidad, conocer sus miedos y ansiedades, donde tenga un lugar, espacio y materiales sugerentes como pueden ser: muñecos, títeres, libros, fotografías equipos médicos, etc., dándole la oportunidad de realizar ensayos o prácticas ante los eventos que le va a ocurrir en el hospital, para entender lo que siente y piensa de su realidad, reduciendo el estrés, fomentando su expresión emocional y aumentando su adaptación, superando dentro lo posible su problemática presente en el hospital.

Así mismo podrían formar grupos terapéuticos para padres de familia durante el tiempo de hospitalización de su hijo(a) que les permita la expresión de sentimientos sobre el proceso hospitalario, sus dudas, ansiedades, miedos, así como reflexionar sobre la discapacidad de su hijo(a) intercambiando experiencias entre los padres, dando como resultado una adaptación al proceso hospitalario o

disminución del estrés provocados por los diversos tratamientos que requieren cada uno de sus hijos.

Sugerimos que para el Departamento de Enfermería haya talleres para conocer el proceso del niño hospitalizado, emocional y afectivo en relación al trayecto doloroso que implica el tratamiento de la discapacidad de cada paciente ya que tienen un papel importante en la atención y cuidado de los niños, siendo ellos quienes pasan muchas horas junto al niño y su familia. No solo atender los cuidados sanitarios o asistencia a los procedimientos médicos o el estado óptimo de salud física, sino favorecer el crecimiento y desarrollo armónico del niño, atendiendo sus necesidades psicológicas, sociales y familiares del paciente pediátrico, creando un ambiente de seguridad y confianza para ayudarlo en todo momento, potenciando la comunicación entre el personal médico y el niño ya que merece saber las acciones e intenciones del personal respecto a las actividades terapéuticas, cuidados rutinarios, actividades sociales y de juego durante su estancia en el hospital, mejorando la calidad de atención que se les brinda a los pacientes pediátricos que seguramente es algo inherente a la formación de la enfermera especializada en pediatría.

Como psicólogos sensibilizarnos como profesionistas para la atención de estos pacientes favoreciendo la salud mental y emocional de las personas con discapacidad y de su familia, su adaptación a la situación de la discapacidad e integrarlos a las áreas familiares, escolares, laborales, sociales y culturales.

Mi interés por la discapacidad aun cuando siempre ha existido en los últimos lustros se ha visto la necesidad de atenderlos en su limitación con una búsqueda de mejoramiento integral que conlleven en la optimización de su calidad de vida y su inclusión socio-laboral a la sociedad respetando sus limitaciones, resaltando y aprovechando sus habilidades y capacidades latentes a las que esperan se les dé una oportunidad para demostrar que en estas áreas son buenos, y mejores que algunos que se dicen que son sanos y completos

Esperando que esta sociedad en la que vivimos y en la cual nacen o se hacen personas diferentes, sea capaz de una vez por todas de afrontar el hecho mismo

de la discapacidad, dando soluciones y prestando los apoyos necesarios a los sectores más necesitados, a fin de que las personas con discapacidad muestren su derecho a una vida tan digna, plena, autónoma e independiente como sea posible y que la sociedad les permitamos que se integren dignamente en condiciones favorables, en el momento correspondiente y necesario para ellos.

Finalmente mi contribución del Servicio Social a la sociedad fue la solución de problemáticas específicas que se encontraron en el INR en el departamento de Psicología Pediátrica, colaborando con las necesidades prioritarias del hospital de una manera profesional, ética, respetuosa y con responsabilidad para ayudar de manera integral la intervención y tratamiento psicológico de cada niño(a) con discapacidad.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Rehabilitación. 2009. (En línea) www.inr.gob.mx
2. Instituto Nacional de Rehabilitación 2009. Manual General de organización.
3. Morris C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. Dev. Med. Child. Neurol. 2007; 49: 3-7
4. Covarrubias. (1998). Etnografía: El registro del mundo social desde la vida cotidiana (apuntes metodológicos). Culturas contemporáneas, 6,93-114
5. Martínez, M. (1999). La investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico y Práctico, México. Trillas.
6. Ellis, A; Abrahams, E (1980). Terapia Racional Emotiva, Ed Pax, México.
7. Yankura, J.(2000). Terapia Conductual Racional Emotiva. Casos Ilustrativos. Ed. Descleé de Brower. España.
8. Ellis, A; Dryden, W. (1989). Práctica de la Terapia Racional Emotiva. Ed Descleé de Brower. Bilbao.
9. González, A. (1991). El Enfoque Centrado en la Persona. México: Trillas.
10. Rogers, C. (1985). Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión.
11. Rogers, C. (1994). Persona a Persona. Buenos Aires: Amorrortu.
12. Rogers, Carl. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable.

13. Rogers, C. (1980). El poder de la persona. México: Manual Moderno.
14. Rogers, C. (1977). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
15. Domínguez B. (1995). Investigación psicológica y manejo no invasivo del dolor crónico", *Psicología contemporánea*. Manual Moderno, 2(1), 64-75
16. Labrador, F.J.; Crespo, M.; Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.) *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
17. Sweeney, H. (1978). The effects of psychological stress on respiration: A preliminary study of anxiety and hyperventilation, *Psychophysiology*, 17 (6), 535-540.
18. Calle, R. (1994). *Relajación y respiración*. Editorial Edaf, S.A.
19. Davis, M., Eshelman, E. R., & MacKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook (4th edition)* Oakland, CA: New Harbinger.
20. Achterberg, J. (1985). Imagery and medicine: Psychophysiological speculations. *J. of Ment. Imag.*, 8, 1-4.
21. Escala de Desarrollo Infantil Bayley. (1993) Versión española, Madrid. Publicaciones de Psicología Aplicada.
22. Gesell, A. (1985). *Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño: Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicologico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. Ed. Paidós, México.

23. Esquivel F, Heredia C y Lucio E (2005). Psicodiagnóstico clínico del Niño. Ed. Manual Moderno, México.
24. Varela, R y Villegas E. (2007). Escala de Inteligencia para los niveles Preescolar y Primaria WPPSI (programa de Publicaciones de Material Didáctico) México: UNAM, Facultad de Psicología.
25. Bender, L (1986). El test gestáltico Visomotor. Buenos Aires, Arg. Ed. Paidós.
26. Koppitz, M (1986). El test Gestáltico Visomotor para Niños. Buenos Aires, Arg. Ed. Guadalupe.
27. Benavides, Jossette, Di Castro, Francesca. Manual de técnicas de evaluación de la personalidad, Departamento de Publicaciones, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1987.
28. Varela, R y Villegas E. (2006). Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender y la Escala de Maduración Infantil de E.M. Koppitz (programa de Publicaciones de Material Didáctico) México: UNAM, Facultad de Psicología.
29. Berry K, E. (2000). Prueba Beery- Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz. 4ta ed. México. Manual Moderno.
30. Hammer, E.F., (1969). Técnicas Proyectivas Gráficas. Buenos Aires. Paidós.
31. Anderson & Anderson Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico 3ra ed. Ralp, S.A. Madrid.
32. Buck, J.N (1970). The House, Tree, Person technique. Revised Manual. Los Angeles.

33. Buck, N, John, ; Warren, W, L; Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectiva H.T.P; Manual moderno; México; 1995.
34. Minuchin, S (1968). Familias y terapia familiar. Granica. España. Barcelona.
35. Corman, L (1961). El test del dibujo de la familia. Buenos Aires. Ed. Kapeluzs.
36. Darder, F (1996-2005). PIPO. Material Didáctico. Producido por CIBAL Multimedia S.L. <http://www.pipoclub.com>

ANEXOS

ANEXO 2

PROTOCOLO ESCALA DE DESARROLLO BAYLEY



ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL

Escala Mental HOJA DE ANOTACION

Apellidos y nombre _____ Edad _____ Sexo _____

	Año	Mes	Día		Puntuación directa	Índice de desarrollo *
Fecha del examen	_____	_____	_____	Escala Mental	_____	_____ IDM
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____	Escala de Psicomotricidad	_____	_____ IDP
Edad	_____	_____	_____			

NOTA.—Si se aplican ambas Escalas (Mental y de Psicomotricidad) los datos que se solicitan en las líneas siguientes sólo se cumplimentarán en la Hoja de anotación de la Escala Mental.

Peso al nacer _____ N.º de orden de nacimiento _____

Dificultades prenatales o al nacer _____

Salud del niño _____

Lugar de nacimiento _____ Residencia habitual _____

Nombre de los padres _____

Padre: Nivel cultural _____ Ocupación _____

Madre: Nivel cultural _____ Ocupación _____

COMPOSICION DE LA FAMILIA																
	Padre	Madre	Hermanos									Otros niños viviendo con la familia				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		
Márquese si vive en casa																
Edad aproximada																
Sexo: V (varón), M (mujer)																
Observaciones:																

Lugar del examen _____

Examinado por _____

OBSERVACIONES:

* La puntuación típica para la Escala Mental se denomina IDM (Índice de Desarrollo Mental), y para la Escala de Psicomotricidad, IDP (Índice de Desarrollo Psicomotor).



Traducido y adaptado por TEA EDICIONES, S. A., según acuerdo especial con el propietario original THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION, que se reserva todos los derechos.
Copyright © 1969 by the Psychological Corporation. Copyright © 1977 by TEA Ediciones, S. A.
Edita: TEA EDICIONES, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, s/n. Madrid-16. Imprime Aguirre Campano, Daganzo. 15 duplicado. Madrid-2. Depósito legal: M. 35.798 - 1977.

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo)
IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
1	0,1	A	Reacción al sonido de la campanilla				
2	0,1	B	Tranquilo cuando se le levanta				
3	0,1 (0,1-3)	C	Reacción al sonido del sonajero				
4	0,1 (0,1-4)		Reacción a un sonido seco: clic del interruptor de la luz				
5	0,1 (0,1-1)	D	Mirada momentánea a la anilla roja				
6	0,2 (0,1-1)	E	Mirada momentánea a una persona				
7	0,4 (0,1-2)	D	Mirada prolongada a la anilla roja				
8	0,5 (0,1-2)	D	Coordinación horizontal de los ojos: anilla roja				
9	0,7 (0,3-3)	F	Coordinación horizontal de los ojos: luz				
10	0,7 (0,3-2)	E	Sigue con los ojos a una persona en movimiento				
11	0,7 (0,3-2)	E	Reacción a la voz				
12	0,8 (0,3-3)	F	Coordinación vertical de ojos: luz				
13	0,9 (0,5-3)	G	* Vocaliza una o dos veces				
14	1,0 (0,5-3)	D	Coordinación vertical de ojos: anilla roja				
15	1,2 (0,5-3)	F	Coordinación circular de ojos: luz				
16	1,2 (0,5-3)	D	Coordinación circular de ojos: anilla roja				
17	1,3 (0,5-3)	G ¹	* Inspecciona libremente su alrededor				
18	1,5 (0,5-4)	E	Sonrisa social: cuando el E habla y sonríe				
19	1,6 (0,7-4)	D	Vuelve los ojos hacia la anilla roja				
20	1,6 (0,5-4)	F	Vuelve los ojos hacia la luz				
21	1,6 (0,5-5)	G	* Vocaliza, al menos, 4 veces				
22	1,7 (1-4)	B	Excitación anticipatoria				
23	1,7 (0,5-5)		Reacciona ante un papel sobre la cara				
24	1,9 (1-4)		Parpadea ante la sombra de una mano				
25	2,0 (1-5)	E	Reconoce visualmente a la madre				

* Puede ser observado incidentalmente

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo), Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e Intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
26	2,1 (0,7-6)	E	Sonrisa social: cuando E. sonrie sin hablar				
27	2,1 (1-6)	E	* Vocaliza ante la sonrisa y las palabras del examinador				
28	2,2 (0,7-5)	AC	Busca con los ojos el sonido, (Especificar)				— Campanilla — Sonajero
29	2,3 (0,7-5)		Sigue con los ojos el lapicero				
30	2,3 (1-5)	G	* Vocaliza dos sonidos diferentes				
31	2,4 (1-5)	E	Reacciona ante la desaparición de la cara				
32M	2,5 (1-5)	L	Mira el cubo				
33	2,6 (1-5)	D ¹	Manipula la anilla roja				
34	2,6 (1-5)	AC	Pasa de un objeto a otro con la mirada				
35	2,6 (1-6)	B	Reacción anticipatoria al ser levantado				
36	2,8 (2-5)	C	Juega de forma simple con el sonajero				
37	3,1 (1-5)	D ¹	Intenta alcanzar la anilla que se balancea				
38M	3,1 (2-5)		Sigue la pelota con la vista a través de la mesa				
39	3,2 (1-6)	G ¹	* Se toca una mano con la otra jugando				
40M	3,2 (1-5)	D ¹	Sigue, girando la cabeza, la anilla que se balancea				
41M	3,2 (1-6)	I	Sigue con la cabeza la cuchara que desaparece				
42	3,3 (2-6)	G ¹	* Se da cuenta de una situación extraña				
43M	3,3 (2-6)	G ²	* Toca ligeramente el borde de la mesa				
44	3,8 (2-6)	D ¹	Se lleva la anilla a la boca				
45	3,8 (2-6)	G ¹	* Observa sus manos				
46	3,8 (2-6)	D ¹	Agarra la anilla colgante (señalar la mano preferente)				— Derecha — Izquierda — Ninguna
47	3,8 (2-6)	A	Vuelve la cabeza al oír la campanilla				
48	3,9 (2-6)		Vuelve la cabeza al oír el sonajero				
49	4,1 (2-6)	H	Intenta alcanzar el cubo				
50	4,3 (2-7)	G ²	* Toca activamente el borde de la mesa				

* Puede ser observado incidentalmente

* Véase Manual Capítulo I para la codificación de IM

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Seq. N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
1	4,4 (2-6)	H	Coordinación visomanual para alcanzar el cubo				
2	4,4 (2-7)	J	Mira al caramelo				
3	4,4 (2-7)	K	Aproximación a la imagen del espejo				
4	4,6 (3-7)	H	Coge el cubo (señalar la mano preferida)				<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ninguna
5	4,6 (3-8)	G ²	* Vocaliza actitudes (describir)				Placer Desagrado: Avidez: Satisfacción:
6	4,7 (3-7)	H	Retiene dos cubos				
7	4,8 (3-7)		Produce ruido jugando con un papel				
8	4,8 (3-8)	E ¹	* Distingue a los extraños				
9	4,9 (4-8)	C	Recupera el sonajero, en la cuna				
10	5,0 (3-8)	H	Intenta alcanzar insistentemente (el cubo u otro objeto)				
11	5,1 (3-8)	E ¹	Le gusta el «juego movido»				
12	5,2 (4-8)	I	Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída				
13	5,2 (4-8)	L	Levanta la taza invertida				
14	5,4 (4-8)	H	Intenta alcanzar el segundo cubo				
15	5,4 (3-12)	K	Sonríe a la imagen del espejo				
16	5,4 (4-8)	G ²	* Golpea ruidosamente jugando				
17	5,4 (4-8)	D ²	Inspecciona detenidamente la anilla				
18	5,4 (4-8)	D ²	Juega activamente con el cordón				
19	5,5 (4-8)	G ²	* Cambia un objeto de una mano a otra				
20	5,7 (4-8)	H	Coge un cubo hábil y directamente				
21	5,7 (4-8)	D ²	Tira del cordón: coge la anilla				
22	5,8 (4-8)	G ²	* Interés en producir ruido				
23	5,8 (4-11)	L	Levanta la taza por el asa				

de ser observado incidentalmente

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo), Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
74	5,8 (4-10)	M	Presta atención al acto de garabatear				
75	6,0 (5-10)	I	Busca con la mirada la cuchara caída				
76	6,2 (4-12)	K	Reacciones agradables frente al espejo				
77	6,3 (4-10)	H	Retiene dos de tres cubos ofrecidos				
78	6,5 (5-10)	A ¹	Manipula la campanilla: interés en los detalles				
79	7,0 (5-12)	G ³	* Vocaliza cuatro sílabas diferentes				
80	7,1 (5-10)	D ²	Tira del cordón intencionadamente: coge la anilla				
81	7,6 (5-12)	E ¹	Coopera en los juegos				Obsérvese su destreza al palmeo para el elemento 44 de la Escala de Motricidad
82	7,6 (5-14)	H	Intenta coger tres cubos				
83	7,8 (5-13)	A ¹	Toca la campanilla intencionadamente				
84	7,9 (5-14)	N	* Presta atención selectivamente a palabras familiares				
85	7,9 (5-14)	G ³	* Dice «pa-pa» o equivalente				
86	8,1 (6-12)	H ¹	Destapa un juguete				
87	8,9 (6-12)	O	Meta el dedo en los agujeros del tablero				
88	9,0 (6-14)	L	Levanta la taza: coge el cubo				
89	9,1 (6-14)	N	Responde a solicitudes verbales				
90	9,4 (6-13)	L	Pone el cubo dentro de la taza cuando se le ordena (anótese n.º cubos puestos)				Elementos 90, 100, 114 — N.º de cubos
91	9,5 (8-14)	P	Busca el contenido de la caja				
92	9,7 (8-15)	L	Revuelve con la cuchara imitando al E.				
93	10,0 (7-16)	O	Mira los dibujos del libro				
94	10,1 (7-17)	M	Obedece una orden de inhibición				
95	10,4 (7-15)	M	Intenta imitar los garabatos				
96	10,5 (8-17)	H ¹	Desenvuelve un cubo				
97	10,8 (8-17)	E ¹	* Repite actividades que le han sido reidas				
98	11,2 (8-15)	M	Sujeta el lápiz adecuadamente				

* Puede ser observado incidentalmente

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
			P	F	Otros casos	
11,3 (8-15)		Empuja el cochecito				
11,8 (9-18)	L	Pone tres o más cubos dentro de la taza				
12,0 (9-18)	G ³	* Chapurrea expresivamente				
12,0 (9-17)	P	Destapa la caja azul				
12,0 (8-18)	Q	Vuelve las páginas del libro				
12,2 (8-19)		Golpea suavemente al muñeco imitando al examinador				
12,4 (7-18)	D ²	Balancea la anilla cogiendo el cordón				
12,5 (9-18)	N	* Imita palabras (anótense las palabras utilizadas)				
12,9 (10-17)	P	Mete cuentas cuadradas en la caja (6 de 8)				
13,0 (10-17)	O	Coloca una clavija repetidamente				
13,4 (10-19)	J	Saca el caramelo de la botella				
13,6 (10-20)	R	Tablero azul: coloca una pieza redonda (especificar)				Elementos 110, 121, 129, 142, 155, 159, 160 _____ N.º de piezas redondas colocadas _____ N.º de piezas cuadradas colocadas _____ Tiempo empleado
13,8 (10-19)	H ¹	Construye una torre de dos cubos (anótase el n.º de cubos)				Elementos 111, 119, 143, 161 _____ N.º de cubos
14,0 (10-21)	M	Garabatea espontáneamente				
14,2 (10-23)	G ³	* Dice dos palabras (anotarias)				Oídas: Por información:
14,3 (11-20)	L	Pone nueve cubos dentro de la taza				
14,6 (10-20)	P	Tapa la caja redonda				
14,6 (11-19)		* Utiliza gestos para hacer saber sus deseos				
15,3 (11-23)	N	Enseña los zapatos, la ropa o un juguete				
16,4 (13-20)	O	Coloca las clavijas en 70 segundos (anótase el tiempo)				Elementos 118, 123, 134, 156 Intento 1 2 3 Tiempo _____
16,7 (13-21)	H ¹	Construye una torre de tres cubos				
16,8 (12-26)	S	Tablero anaranjado: coloca la pieza redonda (especificar)				Elementos 120, 137, 151 _____ Redonda colocada _____ Todas colocadas _____ Todas colocadas (tablero invertido)
17,0 (12-26)	R	Tablero azul: coloca dos piezas redondas				

medo sc: observado incidentalmente

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones																																	
				P	F	Otros casos																																		
122	17,0 (12-24)		Consigue el juguete por medio del palito																																					
123	17,8 (14-22)	O	Coloca las clavijas en 42 segundos																																					
124	17,8 (13-27)	T	Nombra un objeto (anótense el nombre del objeto nombrado)				Elementos 124, 138, 146 _____ Pelota _____ Tijerna _____ Reloj _____ Taza _____ Lapicero																																	
125	17,8 (13-26)	M	Imita un trazo definido de lápiz																																					
126	17,8 (14-26)	U	Sigue las instrucciones (muñeco) (anótense las partes del elemento acertado)				_____ Silla _____ Taza _____ Pañuelo																																	
127	18,8 (14-27)	G ¹	* Usa palabras para hacer saber sus deseos																																					
128	19,1 (15-26)	U	Señala partes del muñeco (anótense las partes reconocidas)				_____ Pelo _____ Ojos _____ Boca _____ Pies _____ Orejas _____ Nariz _____ Manos																																	
129	19,3 (14-30+)	R	Tablero azul: Coloca dos piezas redondas y dos cuadradas																																					
130	19,3 (14-27)	V	Nombra un dibujo (anótense el nombre)				Elementos 130, 132, 139, 141, 148. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nombre</th> <th style="text-align: center;">Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Pelota</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Zapato</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Taza</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Caja</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Reloj</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bandera</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hoja</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bolso</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Libro</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">N.º nombrados</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N.º puntuado</td> </tr> </table>		Nombre	Puntos	Pelota	_____	_____	Zapato	_____	_____	Taza	_____	_____	Caja	_____	_____	Reloj	_____	_____	Bandera	_____	_____	Hoja	_____	_____	Bolso	_____	_____	Libro	_____	_____	N.º nombrados	_____	N.º puntuado
	Nombre	Puntos																																						
Pelota	_____	_____																																						
Zapato	_____	_____																																						
Taza	_____	_____																																						
Caja	_____	_____																																						
Reloj	_____	_____																																						
Bandera	_____	_____																																						
Hoja	_____	_____																																						
Bolso	_____	_____																																						
Libro	_____	_____																																						
N.º nombrados	_____	N.º puntuado																																						
131	19,7 (14-30+)		Encuentra dos objetos (anótense los intentos realizados con éxito)				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Intento</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr> <tr><td>Pelota</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr> <tr><td>Conejito</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr> </tbody> </table>		1	2	3	Intento	_____	_____	_____	Pelota	_____	_____	_____	Conejito	_____	_____	_____																	
	1	2	3																																					
Intento	_____	_____	_____																																					
Pelota	_____	_____	_____																																					
Conejito	_____	_____	_____																																					
132	19,9 (16-28)	V	Señala tres dibujos (anótense en el elemento 130)																																					
133	19,9 (15-27)	W	Muñeco roto (Intenta arreglarlo)																																					
134	20,0 (16-29)	O	Coloca las clavijas en 30 segundos																																					
135	20,5 (14-30+)	M	Diferencia los garabateos de los trazos definidos																																					
136	20,6 (16-30)	G ¹	* Frases de dos palabras																																					
137	21,2 (16-30+)	S	Tablero anaranjado: completa el tablero																																					
138	21,4 (16-30)	T	Nombra dos objetos																																					
139	21,6 (17-30+)	V	Señala cinco dibujos (anótense en el elemento 130)																																					

* Puede ser observado incidentalmente

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
140	21,9 (15-30)	W	Muñeco roto: lo arregla de forma imperfecta				
141	22,1 (17-30+)	V	Nombra tres dibujos (anótense en el elemento 130)				
142	22,4 (16-30+)	R	Tablero azul: coloca seis piezas				
143	23,0 (17-30+)	H ⁱ	Construye una torre de 6 cubos				
144	23,4 (16-30+)	X	Distingue dos de estos objetos: taza, plato, caja (anótense cuáles)				Elementos 144, 152 <input type="checkbox"/> Taza <input type="checkbox"/> Caja <input type="checkbox"/> Plato <input type="checkbox"/> Todo
145	23,8 (17-30+)	Y	Nombra el reloj: 4.º dibujo (anótense en qué dibujo lo nombra)				Elementos 145, 150 <input type="checkbox"/> 5.º dibujo <input type="checkbox"/> 3.º dí <input type="checkbox"/> 4.º dibujo <input type="checkbox"/> 2.º dí
146	24,0 (17-30+)	F	Nombra tres objetos				
147	24,4 (19-30+)	M	Imita trazos: vertical y horizontal				
148	24,7 (19-30+)	V	Señala siete dibujos (anótense en el elemento 130)				
149	25,0 (19-30+)	V	Nombra cinco dibujos (anótense en el elemento 130)				
150	25,2 (18-30+)	Y	Nombra el reloj, 2.º dibujo				
151	25,4 (18-30+)	S	Tablero anaranjado: completa el tablero rotado				
152	25,8 (18-30+)	X	Distingue tres objetos: taza, plato, caja				
153	26,1 (16-30+)	W	Muñeco roto: lo arregla perfectamente				
154	26,1 (19-30+)	H ⁱ	Tren de cubos				
155	26,3 (19-30+)	R	Tablero azul: completa el tablero en 150 segundos				
156	26,6 (19-30+)	O	Coloca las clavijas en 22 segundos				
157	27,9 (22-30+)	M	Dobla el papel				
158	28,2 (22-30+)	Z	Entiende dos preposiciones				
159	30,0 (22-30+)	R	Tablero azul: completa el tablero en 90 segundos				
160	30+ (22-30+)	R	Tablero azul: completa el tablero en 60 segundos				
161	30+ (22-30+)	H ⁱ	Construye una torre de 8 cubos				
162	30+ (21-30+)	H ⁱ	Concepto de unidad				
163	30+ (23-30+)	Z	Entiende tres preposiciones				

ESCALAS BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL

Escala de Psicomotricidad

HOJA DE ANOTACION

Apellidos y nombre _____ Edad _____ Sexo _____

	Año	Mes	Día		Puntuación directa	Índice de desarrollo *
Fecha del examen	_____	_____	_____	Escala Mental	_____	IDM
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____	Escala de Psicomotricidad	_____	IDP
Edad	_____	_____	_____			

NOTA.—Si se aplican ambas Escalas (Mental y de Psicomotricidad) los datos que se solicitan en las líneas siguientes sólo se cumplimentarán en la Hoja de anotación de la Escala Mental.

Peso al nacer _____ N.º de orden de nacimiento _____

Dificultades prenatales o al nacer _____

Salud del niño _____

Lugar de nacimiento _____ Residencia habitual _____

Nombre de los padres _____

Padre: Nivel cultural _____ Ocupación _____

Madre: Nivel cultural _____ Ocupación _____

COMPOSICION DE LA FAMILIA																
	Padre	Madre	Hermanos									Otros niños viviendo con la familia				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		
Márguese si vive en casa																
Edad aproximada																
Sexo: V (varón), M (mujer)																
Observaciones:																

Lugar del examen _____

Examinado por _____

OBSERVACIONES:

* La puntuación típica para la Escala Mental se denomina IDM (Índice de Desarrollo Mental), y para la Escala de Psicomotricidad, IDP (Índice de Desarrollo Psicomotor).



Traducido y adaptado por TEA EDICIONES, S. A., según acuerdo especial con el propietario original THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION, que se reserva todos los derechos.
 Copyright © 1969 by the Psychological Corporation. Copyright © 1977 by TEA Ediciones, S. A.
 Edita: TEA EDICIONES, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, s/n. Madrid-16. Imprenta Aguirre Campano, Ormaiztegui, 15 duplicado. Madrid-2. Depósito legal: M. 35.796 - 1977.

Señale la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo)
IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
1	0,1	A	Levanta la cabeza. apoyada en el hombro del E.				
2	0,1	A	Ajuste postural cuando se le mantiene sujeto contra el hombro				
3	0,1	B	Movimientos laterales de cabeza				
4	0,4 (0,1-3)	B	Movimientos reptantes				
5	0,8 (0,3-3)	C	† Retiene la anilla roja				
6	0,8 (0,3-2)	C	* Movimientos bruscos de los brazos en libertad de acción				
7	0,8 (0,3-2)	C	* Movimientos bruscos de las piernas en libertad de acción				
8	0,8 (0,3-3)	A	Cabeza erguida: vertical				
9	1,6 (0,7-4)	A	Cabeza erguida y firme				
10	1,7 (0,7-4)	C	Levanta la cabeza: suspensión dorsal				
11	1,8 (0,7-5)	C ¹	Gira de la posición de costado a la posición de boca arriba				
12	2,1 (0,7-5)	B	Se eleva apoyándose en los brazos: prono				
13	2,3 (1-5)	D	Permanece sentado sostenido				
14	2,5 (1-5)	A	Mantiene la cabeza firme				
15	2,7 (0,7-6)		* Manos predominantemente abiertas				
16	3,7 (2-7)	E	† Cubo: Presión cúbito-palmar				
17	3,8 (2-6)	D	Permanece sentado sostenido ligeramente				
18	4,2 (2-6)	A	Cabeza en equilibrio				
19	4,4 (2-7)	C ¹	* Gira de la posición boca arriba a la posición sobre un costado				
20	4,8 (3-8)	F	Hace esfuerzos para sentarse				
21	4,9 (4-8)	E	† Cubo: Oposición parcial del pulgar (radial-palmar)				
22	5,3 (4-8)	F	Se da impulso para sentarse				
23	5,3 (4-8)	D	Permanece sentado momentáneamente, sin ayuda				
24	5,4 (4-8)	G	* Trata de alcanzar objetos con una mano				
25	5,6 (4-8)	H	† Intenta coger el caramelo				
26	5,7 (4-8)	G	* Gira la muñeca				
27	6,0 (5-8)	D	Permanece sentado sin ayuda 30 segundos o más				
28	6,4	C ¹	* Gira de la posición boca arriba a la				

Señale la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo). Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
29	6,6 (5-9)	D	Permanece sentado firmemente, sin ayuda				
30	6,8 (5-9)	H	† Coge el caramelo				
31	6,9 (5-10)	D	Permanece sentado sin ayuda, buena coordinación				
32	6,9 (5-9)	E	† Cubo: Oposición completa del pulgar (radial-digital)				
33	7,1 (5-11)	B	Avances previos a la fase de locomoción bípeda (señalar el método)				<ul style="list-style-type: none"> — Sobre el abdomen — Manos y rodillas — Manos y pies — Sentado y a saltos — Otros (describir):
34	7,4 (5-11)	I	Movimientos previos para andar				
35	7,4 (6-10)	H	† Caramelo: Prensión parcial con los dedos (difícil)				
36	8,1 (5-12)	F	Se da impulso para ponerse en pie				
37	8,3 (6-11)	J	Se incorpora hasta la posición de sentado				
38	8,6 (6-12)	J	Se pone en pie apoyándose en un mueble				
39	8,6 (6-12)	G	† Junta cucharas o cubos: zona media				
40	8,8 (6-12)	I	Movimientos para andar				
41	8,9 (7-12)	H	† Caramelo: Prensión fina (dedos)				
42	9,6 (7-12)	I	Camina con ayuda				
43	9,6 (7-14)	I	Se sienta				
44	9,7 (7-15)	G	† Palmotea (zona media)				
45	11,0 (9-16)	I	Permanece en pie sin ayuda				
46	11,7 (9-17)	I	Camina sin ayuda				
47	12,6 (9-18)	K	Se pone de pie: I				
48	13,3 (9-18)		† Lanza la pelota				
49	14,1 (10-20)	L	Camina de lado				
50	14,6 (11-20)	L	Camina hacia atrás				
51	15,9 (12-21)	M	Permanece sobre el pie derecho con ayuda				
52	16,1 (12-23)	M	Permanece sobre el pie izquierdo con ayuda				
53	16,1 (12-23)	N	Sube la escalera con ayuda				
54	16,4 (12-23)	N	Baja la escalera con ayuda				

Señálese la respuesta en la casilla correspondiente: P (Positiva), F (Fallo), Otros casos: O (Omisión), R (Rechazo), IM (Informe de la madre)

Elemento N.º	Edad de referencia e intervalo (meses)	Situación	Identificación del elemento	Puntuación			Observaciones
				P	F	Otros casos	
55	17,8 (13-26)	O	Trata de mantenerse de pie sobre la tabla				
56	20,6 (15-29)	O	Anda con un pie sobre la tabla				
57	21,9 (11-30+)	K	Se pone de pie: II				
58	22,7 (15-30+)	M	Permanece sobre el pie izquierdo, sin ayuda				
59	23,4 (17-30+)	P	Salta desde el suelo con ambos pies				
60	23,5 (16-30+)	M	Permanece sobre el pie derecho, sin ayuda				
61	23,9 (18-30+)	O	Camina sobre una línea siguiendo su dirección				
62	24,5 (17-30+)	O	Tabla: permanece sobre ella con ambos pies				
63	24,8 (19-30+)	R	Salta desde el primer escalón				
64	25,1 (16-30+)	N	Sube la escalera sin ayuda: ambos pies en cada escalón				
65	25,7 (16-30+)	O	Camina de puntillas unos pocos pasos				
66	25,8 (19-30+)	N	Baja la escalera sin ayuda: ambos pies en cada escalón				
67	27,6 (19-30+)	O	Tabla: intenta andar				
68	27,8 (20-30+)	O	Camina hacia atrás: 3 metros				
69	28,1 (21-30+)	R	Salta desde el segundo escalón				
70	29,1 (22-30+)	R	Salto de longitud: de 10 a 35 cms. (anote la longitud)				Elementos 70, 76, 78 Intento 1 2 3 Longitud
71	30+ (22-30+)	K	Se pone de pie: III				
72	30+ (23-30+)	N	Sube la escalera: alternando los pies				
73	30+ (20-30+)	O	Camina de puntillas: 3 metros				
74	30+ (24-30+)	O	Tabla: alterna los pasos en parte del recorrido				
75	30+ (23-30+)	O	Mantiene los pies sobre la línea: 3 metros				
76	30+ (25-30+)	R	Salto de longitud: de 35 a 60 cms.				
77	30+ (24-30+)	P	Salta sobre una cuerda a 5 cms. de altura				
78	30+ (28-30+)	R	Salto de longitud: de 60 a 85 cms.				
79	30+ (30+)		Salta sobre un solo pie, 2 o más saltos				
80	30+ (30+)	N	Baja la escalera: alternando los pies				
81	30+ (28-30+)	P	Salta sobre una cuerda de 20 cms. de altura				

ANEXO 3
PROTOCOLO DE DESARROLLO PSICOMOTOR
GESELL

ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR (GESELL)

NOMBRE _____ No. DE EXP.: _____
 FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____
 INFORMANTE: _____ FECHA DE APLICACION: _____

A R E A S	EDAD CLAVE	EDAD DE DESARROLLO	COCIENTE DESARROLLO	DX
A. ADAPTATIVA				
A. MOTORA GRUESA				
A. MOTORA FINA				
A. LENGUAJE				
A. PERSONAL SOCIAL				
COCIENTE TOTAL				

O B S E R V A C I O N E S :

EDAD CLAVE: 4 semanas o menos		H = HISTORIA
INFANCIA FETAL	HO	HO 8 semanas
		O = OBSERVACION
<p>Los componentes del comportamiento evolutivo característico del período de la infancia-fetal pueden verse en el CUADRO DE TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO (Apéndice B)</p>	<p>Adaptativa</p> <p>Arcg, Son: mira únicamente cuando están en línea de visión -- (*8s).</p> <p>Arcg: lo sigue con la mirada hacia la línea media</p> <p>Son: cae inmediatamente de la mano (*8 s.)</p> <p>Camp: escucha, actividad disminuye</p>	<p>Arcg: la mirada demora en línea media (*24 s)</p> <p>Arcg: mira la mano del examinador</p> <p>Arcg: lo sigue más allá de línea media</p> <p>Son: retiene brevemente</p> <p>Camp: respuesta facial (*24 s.)</p>
	<p>Motriz Guesa</p> <p>Su: predomina posición lateral de la cabeza (* 16 s.)</p> <p>Su: predomina posición asimétrica, reflejo tónico-cervical -- (* 16 s.)</p> <p>Su: rueda parcialmente hacia el costado (*8 s.)</p> <p>Sent: al intentarlo, caída hacia atrás de cabeza (* 8 s.)</p> <p>Sent: caída de la cabeza (* 8s.)</p> <p>Pro: en suspensión ventral la cabeza gira al costado (* 8 s.)</p> <p>Pro: levanta momentáneamente la cabeza a zona I</p> <p>Pro: movimientos de arrastre (* 8 s.)</p>	<p>Sent: cabeza predominantemente erecta aunque bamboleante (* 16 s.)</p> <p>Pro: cabeza compensa suspensión ventral</p> <p>Pro: cabeza en línea media</p> <p>Pro: de modo intermitente, levanta la cabeza a zona II (* 12 s.)</p>
	<p>Motriz Fina</p> <p>Su: ambas manos fuertemente cerradas y apretadas (* 12 s.)</p> <p>Son: la mano se cierra al contacto (* 8 s.)</p>	

HO	HO
<p style="text-align: center;">Lenguaje</p> <p>Expr: faz inexpresiva (* 8 s.) Expr: mirada vaga, indirecta Δ (* 8 s.) Voz: pequeños ruidos guturales - (* 8 s.)</p>	<p>Expr: sonrisa (social) Expr: expresión despierta, viva Expr: mirada directa, definida Voz: a-e-u (* 36 s.)</p>
<p style="text-align: center;">Personal-social</p> <p>Soc: mira al ex., actividad disminuye (* 8 s.) Su: mira indefinidamente en -- derredor (* 8 s.) Ali: 2 comidas durante la noche (* 8 s.)</p>	<p>Soc: respuesta facial social Soc: sigue a persona en movimiento Su: mira al examinador Ali: solamente 1 comida en la noche (* 28 s.)</p>

HO		EDAD CLAVE: 16 semanas		HO		20 semanas		H = Historia O = Observación	
12 semanas		HO		HO		20 semanas		HO	
		Adaptativa							
<p>Arcg: rápida mirada a línea media Arcg: sigue a 180° Son: lo mira, manteniéndolo en la mano Cu: Ta: los mira más que momentáneamente</p>		<p>Arcg: Son: mira inmediatamente Arcg: Son; Cu: Ta: provocan actividad de miembros superiores (*24s) Arcg: Son: mira, sosteniéndolos en la mano Arcg: lleva a la boca Arcg: mano libre a línea media -- (* 28 s.) Mes: baja la mirada a la mesa o a las manos Cu: Ta: mira de la mano a los objetos (* 20 s.) Bol: observa repetidamente</p>		<p>Son: Camp: aproximación bimanual -- (* 28 s.) Son: Arcg: lo ase sólo si está próximo a la mano (* 24 s.) Son: sigue con la vista el sonajero-caído Cu: mantiene el primero y mira el segundo CCu: al tocarlos, agarra uno (* 24 s.)</p>					
		Motriz Gruesa							
<p>Su: cabeza predominantemente a un lado (r-t-c) (* 16 s.) Su: cabeza en posición mediana se observan posturas simétricas Sent: cabeza dirigida hacia adelante; bamboleo (* 16 s.) Pa: brevemente, pequeña fracción de peso corporal Pa: levanta el pie (* 28 s.) Pro: cabeza sostenida en zona II Pro: sobre antebrazos (* 20 s.) Pro: cadera baja, piernas flexionadas (* 40 s.)</p>		<p>Su: predomina posición mediana de cabeza Su: predomina postura simétrica Su: las manos se encuentran (*24s) Sent: cabeza firme dirigida adelante (* 20 s.) Pro: cabeza sostenida en zona III Pro: piernas extendidas o semiextendidas (* 40 s.) Pro: tendencia a rodar</p>		<p>Tent: sentar: la cabeza no pendula Sent: cabeza erecta, firme Pro: brazos extendidos</p>					
		Motriz Fina							
<p>Su: manos abiertas o laxamente cerradas Son: sostiene activamente Ta: la toca</p>		<p>Arcg: lo retiene Su: araña; rasca, ase (* 24 s.)</p>		<p>Pro o Mes: araña la superficie de la mesa o la plataforma (* 28 s.) Cu: prensión precaria (* 24 s.)</p>					

HO	HO	HO
<p>Voz: murmullo (* 36 s.) Voz: cloqueo Soc: respuesta vocal-social</p>	<p style="text-align: center;">Lenguaje</p> <p>Expr: se entusiasma, respira fuertemente (* 32 s.) Voz: ríe fuertemente</p>	<p>Voz: chillidos (* 36 s.)</p>
<p>Soc: respuesta vocal-social Su: observa preferentemente al examinador Jue: observa las manos (* 16 s.) Jue: tira de la ropa (* 24 s.)</p>	<p style="text-align: center;">Personal-Social</p> <p>Soc: sonríe espontáneamente Soc.: al intentar sentarlo vocaliza o sonríe (* 24 s.) Ali: anticipación a la vista de alimentos Jue: con ayuda permanece sentado 10 o 15 min. (* 40 s.) Jue: juego manual, dedos entresí (* 24 s.) Jue: tira la ropa sobre la cara (* 24 s.)</p>	<p>Soc: sonríe a la imagen del espejo Ali: acaricia la botella con ambas manos (* 36 s.)</p>

EDAD CLAVE: 28 semanas

H = Historia

HO 24 semanas	HO	HO 32 semanas O = Observación
<p>Arcg: Son: Cu: Camp: se aproxima y agarra Son: intenta agarrarlo cuando se le cae Cu: mira el tercer cubo inmediatamente Cu: Camp: lleva a la boca (* 18s) Cu: rescata el cubo caído CCu: sostiene uno, se aproxima a otro (* 28 s.)</p>	<p>Adaptativa Son: Camp: intenta acercarse, -- esir con una mano CCu: sostiene uno, agarra otro CCu: mantiene dos más que momentáneamente Camp: golpea contra la mesa -- (* 40 s.) Son: sacude definitivamente Arcg: Cu: pasa de una mano a la otra Camp: transfiere de una mano a otra correctamente Camp: retiene</p>	<p>Cu: agarra segundo cubo Cu: retiene el segundo cuando se presenta un tercero Cu: mantiene dos de modo prolongado Ta: Cu: sostiene el cubo, mira la taza (* 36 s.) Arci: aprisiona el aro</p>
<p>Su: eleva los pies, en extensión Su: rueda a posición prona Tent Sent: levanta la cabeza, -- ayuda (* 40.s.) Sent Silla: tronco erecto (* 36s)</p>	<p>Motriz Guesa Su: levanta la cabeza (* 40 s.) Sent: brevemente, inclinado hacia adelante, apoyado sobre manos (* 32 s.) Sent: momentáneamente erecto Pa: sostiene gran parte del peso (* 36 s.) Pa: salta activamente (* 32 s.)</p>	<p>Sent: un minuto erecto, inseguro --- (* 36 s.) Pa: se mantiene brevemente, sostenido de la mano (* 36 s.) Pro: gira (* 40 s.)</p>
<p>Cu: agarra, prensión palmar -- (* 36 s.) Son: sostiene</p>	<p>Motriz Fina Cu: prensión palmar radial --- (* 36 s.) Bol: intenta asirla con toda la mano, la toca (* 32 s.)</p>	<p>Bol: barrido radial (* 36 s.) Bol: ineficaz prensión tipo inferior tijera (* 36 s.)</p>

HO	HO	HO
<p>Camp: vuelve la cabeza hacia lugar sonido Voz: gruñidos (* 36 s.) Voz: parloteo espontáneo (incluyendo juguetes)</p>	<p>Lenguaje</p> <p>Voz: "m-m-m" (llorando) (* 40 s.) Voz: sonidos vocales polisilábicos (* 36 s.) (* 36 s)</p>	<p>Voz: sílabas simples tales como "da, ba, ca"</p>
<p>Soc: distingue a extraños Jue: agarra el pie (supina) ---- (* 36 s.) Jue: sentado con soporte, 30 minutos (*40 s.)</p>	<p>Personal-social</p> <p>Ali: toma bien los sólidos Jue: lleva el pie a la boca (supina) (* 36 s.) Esp: toca, acaricia imagen Arci: se agita o abandona esfuerzo (* 32 s.)</p>	<p>Jue: muerde, chupa, los juguetes -- (* 18 s.) Jue: busca persistentemente juguetes fuera de su alcance (* 40 s.) Ali: persistente</p>

EDAD CLAVE: 52 semanas

H = Historia

O = Observación

HO 48 semanas	HO	HO 56 semanas
<p>Cu: juego sucesivo (* 48 s.) Bol y Bot: ase la bolita únicamente (* 52 s.) Tab: Quita fácilmente el bloque redondo</p>	<p>Adaptativa Cu: (dem) intenta construir torre fracasa (* 15 m) Cu y Ta (dem.) deja caer cubo -- dentro de taza (* 56 s.) Bol y Bot: trata de introducir, -suelta, fracasa (* 15 m.) Arci: sacude el aro por la cinta Tab: mira selectivamente el agujero redondo (* 56 s)</p>	<p>Cu y Ta: (sin dem) cubo dentro de la taza Dib: vigorosos garabatos imitativos (* 18 m.) Tab: (dem) inserta bloque redondo - (* 15 m.)</p>
<p>Bent: gira o se tuerce Pa: se traslada apoyado en la baranda (* 15 m.) Mar: necesita ser sostenido de ambas manos (* 52 s.)</p>	<p>Motriz Gruesa Mar: necesita ser sostenido de - una sola mano (* 15 m.)</p>	<p>Pa: momentáneamente solo (* 15 m.)</p>
<p>Bol: neta prensión en pinza</p>	<p>Motriz Fina</p>	<p>Cu: agarrados en una mano</p>
	<p>Lenguaje Voz: dos "palabras" además de - "mamá" y "dadá" Comp: alcanza un juguete (pedido y gesto)</p>	<p>Voz: 3-4 palabras Voz: jerga incipiente (* 15 m.) Comp: unos pocos objetos, por el nombre</p>
<p>Jue: juguetes al lado de la ba</p>	<p>Personal-social Esp: ofrece pelota a imagen del</p>	<p>Pel: suelta con débil impulso hacia</p>

HO

randa (* 15 m.)
Jue: juega sobre la plataforma-
(* 15 m.)

HO

espejo
Vestido: coopera en vestirse --
(* 48 m.)

HO

el examinador (* 18 m.)

EDAD CLAVE: 18 meses

H = Historia

HO	15 meses	HO	HO	21 meses	0 = Observación
		Adeptativa			
	CCu: torre de 2 Ta: Cu: coloca 6 cubos (* 18 m.) Dib: incipiente imitación del -- trazo (* 18 m.) Tab: (sin dem.) coloca bloque redondo Tab: adapta bloque redondo rápidamente	CCu: torre de 3-4 Ta, Cu: 10 dentro de la taza Bol y Bot: extracción Dib: garabateo espontáneo (* 36 m.) Dib: imitando, hace un trazo -- (* 24 m.) Tab: apila 3 bloques (* 24 m.)		CCu: torre de 5-6 CCu: imita empujar tren (* 24 m.) Tab: coloca 2-3 bloques (* 30 m.) CaPr: inserta esquina del bloque cuadrado (* 24 m.) CaPr: recupera la pelota	
		Motriz Guesa			
	Mar: pocos pasos, inicia, se -- para Mar: cae por derrumbe (* 18 m.) Mar: abandona el gateo Esc: sube gateando (* 18 m.)	Mar: cae rara vez Mar: ligera; corre tieso (* 24 m.) Esc: sube, sostenido de una mano (* 21 m.) Sipq: se sienta solo Sign: se trepa (* ...) Pel: la arroja (* 48 m.) Pelgr: empuja con el pie (* 21m.)		Mar: se agacha jugando (* ...) Esc: baja, sostenido de una mano -- (* 24 m.) Esc: sube, sostenido de pasamano -- (* 24 m.) Pelgr: (dem) pateo (* 24 m.)	
		Motriz Fina			
	CCu: torre de 2 Bol: (sin dem) introduce en la botella Lib: ayuda a volver páginas -- (* 18 m.)	CCu: torre de 3-4 Lib: vuelve páginas, 2-3 por vez (* 24 m.)		CCu: torre de 5 ó 6	
		Lenguaje			
	Voc: 4 ó 5 palabras incluyendo nombres Voc: usa jerga (* 24m.)	Lib: mira selectivamente Voz: 10 palabras, incluyendo nombres		Voc: 20 palabras Conv: combina 2-3 palabras espontáneamente (* 24 m.)	

HO	HO	HO
<p>Lib: acaricia dibujos (* 18 m.)</p>	<p>Lám: nombra o señala un dibujo Obj: nombra la pelota Pel: 2 órdenes</p>	<p>Pel: 3 órdenes</p>
Personal-social		
<p>Ali: descarta biberón Ali: inhibe agarrar el plato Esp: regulación parcial ---- (* 24 m.) Esp: control rectal Esp: indica ropas mojadas -- (* 18 m.) Comun: dice "ta-ta" o equivalentes Comun: señala, parlotea, cuando desea algo (* 21 m.) Jue: muestra u ofrece juguetes (*21 m.) Jue: arroja juguetes durante el juego o como rechazo (* 18 m.)</p>	<p>Ali: agarra plato vacío (* ...) Ali: come solo, en parte; derrama (* 36 m.) Esp: regulado durante el día -- (* 24 m.) Jue: arrastra un juguete (* 30 m.) Jue: lleva o abraza muñeca --- (* 24 m.)</p>	<p>Ali: maneja bien la taza Comun: pide comida, bebida, exc. Comun: repite 2 o más últimas palabras (* 24 m.) Comun: empuja personas para mostrar (* 24 m.)</p>

EDAD CLAVE: 2 años					
HO	21 meses	HO	HO	30 meses	H = Historia O = Observación
	<p>CCu: torre de 5 ó 6 CCu: imita empujar tren (* 24 m.) Tab: coloca 2-3 bloques (* 30 m.) CaPr: inserta esquina bloque -- cuadrado (* 24 m.) CaPr: recupera la pelota</p>	<p>Adeptativa</p> <p>CCu: torre de 6 ó 7 CCu: alinea 2 ó más, tren (* 30 m.) Dib: imita un trazo vertical Dib: imita trazo circular (* 36 m.) Tab: coloca bloques aislados -- Tab: adeptu, después de 4 ensayos (* 30 m.) CaPr: inserta bloque cuadrado</p>		<p>CCu: torre de 8 CCu: agrega chimenea al tren Dib: imita trazos verticales y horizontales Dib: dos o más trazos para una cruz- (* 36 m.) For Col: coloca una Tab: adapta repetidamente, error -- (* 36 m.) Dígitos: repite dos (1 de 3 ensayos)</p>	
	<p>Mar: se agacha jugando (* ...) Esq: baja, sostenido de una mano (* 24 m.) Esc: sube, sostenido de pasamano (* 24 m.) Pel Gr: (dem) pateo (* 24 m.)</p>	<p>Motriz Guesa</p> <p>Mar: corre bien, no se cae Esc: sube y baja solo Pel Gr: (sin dem) pateo</p>		<p>Mar: (dem.) en puntas de pie Salt: con ambos pies Pa: intenta pararse sobre un pie</p>	
	<p>CCu: torre de 5 ó 6</p>	<p>Motriz Fina</p> <p>CCu: torre de 6 ó 7 Lib: vuelve páginas una por una</p>		<p>CCu: torre de 8 Dib: sostiene el lápiz con los dedos</p>	
	<p>Voz: 20 palabras Conv: combina 2-3 palabras espontáneamente (* 24 m.) Pel: 3 órdenes</p>	<p>Lenguaje</p> <p>Conv: descarta la jerga Conv: frase de 3 palabras Conv: usa yo, mi, tú Lám: nombra 3 ó más dibujos Lám: identifica 5 ó más Obj: nombra 2 Pel: 4 órdenes</p>		<p>Nombre: dice su nombre completo Lám: nombra 5 dibujos Lám: identifica 7 dibujos Obj: indica el uso</p>	

HO	HO	HO
<p>Ali: maneja bien la taza Comun: pide comida, bebida, ir al baño Comun: repite 2 ó más últimas palabras (* 24 m.)</p>	<p style="text-align: center;">Personal-social</p> <p>Ali: inhibe girar la cuchara: Esf: seco de noche, levantándolo (* 36 m.) Esf: verbaliza necesidades regularmente (* 42 m.) Vest: se pone prendas simples Comun: manifiesta experiencias inmediatas (* ...) Comun: se refiere a sí mismo por el nombre (* 30 m.) Comun: comprende y pide por --- "otro" Jue: alcanza taza llena de cubos Jue: imitación doméstica Jue: predomina juego paralelo -- (* 42 m.)</p>	<p>Comun: se refiere a sí mismo por el pronombre más que por el nombre Jue: empuja un juguete, buena dirección Jue: ayuda a llevar de vuelta cosas a su lugar Jue: puede transportar objetos frágiles</p>

EDAD CLAVE: 3 años

H = Historia
O = Observación

HO	30 meses	HO	HO	42 meses
		Adaptativa		
	<p>CCu: torre de 8 CCu: agrega chimenea al tren Dib: imita trazos horizontales y verticales Dib: dos o más trazos para una cruz (* 36 m.) ForCol: ubica una Tab: inserta 3 bloques Tab: adapta repetidamente, error (* 36 m.) Dígitos: repite dos (1 de 2 ensayos)</p>	<p>CCu: torre de 9 (10 en 3 ensayos) CCu: imita puente (* 42 m.) Bol: 10 en la botella en 30 segundos Dib: nombra sus dibujos Dib: nombra hombre incompleto Bib: copia círculo Dib: imita cruz (* 48 m.) ForCol: aparea tres ForGeo: señala cuatro Tab: adapta sin error o con corrección espontánea e inmediata Dígitos: repite tres (1 en 3 ensayos)</p>		<p>CCu: construye puente de un modelo ForGeo: señala seis -- Dígitos: repite tres (2 de 3 ensayos) Pesos: entrega bloque pesado (2 de 3 ensayos)</p>
		Motriz Gruesa		
	<p>Mar: (dem) en puntas de pie Salt: con ambos pies Pa: intenta pararse sobre un solo pie</p>	<p>Esc: alterna los pies al subir Salt: desde el escalón inicial Montar: triciclo usando pedales Pa: sobre un pie, equilibrio momentáneo</p>		<p>Pa: permanece sobre un solo pie 2 segundos</p>
		Motriz Fina		
	<p>CCu: torre de 8 Dib: sostiene el lápiz con los dedos</p>	<p>CCu: torre de 9 (10 en 3 ensayos) Bol: 10 en la botella en 30 segundos</p>		<p>Dib: describe el rombo entre sus dobles líneas</p>
		Lenguaje		
	<p>Nombre: lo dice completo Lám: nombra 5 dibujos</p>	<p>Lib: explica acción Conv: usa plurales</p>		<p>Lám: nombra todas las figuras Fig: enumera 3</p>

HO	HO	HO
<p>Lám: identifica 7 dibujos Obj: indica el uso</p>	<p>Lám: nombra 8 imágenes Sexo: dice su sexo Comp Preg A: contesta 1 Ordenes: obedece 2, pelota y silla</p>	<p>CompPreg A: contesta 2 Ordenes: cumple 3, pelota y silla</p>
<p>Comun: se refiere a sí mismo - por el nombre más que por el pronombre Jue: empuja juguete con buena dirección Jue: ayuda a llevar de vuelta - cosas a su lugar Jue: puede transportar objetos frágiles</p>	<p style="text-align: center;">Personal-social</p> <p>Ali: come solo, derrama poco Ali: vierte bien de un jarrito Vest: se pone los zapatos Vest: desabrocha botones accesibles Comun: comprende hacer turno Comun: conoce unos pocos-versos</p>	<p>Vest: se lava y se seca la cara y - las manos. Jue: el juego asociativo reemplaza - al juego paralelo (* 48 m.)</p>

EDAD CLAVE: 4 años

H = Historia
O = Observación

HO 42 meses	HO	HO 54 meses
<p>CCu: construye puente de un modelo</p> <p>For Geo: señala seis</p> <p>Dígitos: repite tres (2 de 3 - ensayos)</p> <p>Pesos: entrega bloque pesado (2 de 3 ensayos)</p>	<p style="text-align: center;">Adaptativa</p> <p>CCu: imita portal (* 54 m.)</p> <p>Dib: hombre con dos partes -- (* 60 m.)</p> <p>Dib: copia una cruz</p> <p>Dib: agrega tres partes al hombre incompleto</p> <p>ForGeo: señala 8</p> <p>Partes faltantes: 1 correcta</p> <p>Cuenta: 3 objetos señalándolos - correctamente</p> <p>Pesos: selecciona invariablemente el más pesado</p>	<p>CCu: forma el portal según un modelo</p> <p>Dib: copia un cuadrado</p> <p>ForGeo: señala 9</p> <p>Cuenta: 4 objetos y contesta "cuántos"</p> <p>Comparación estética: correcta</p> <p>Partes faltantes: 2 correctas</p> <p>Dígitos: repite cuatro (1 de 3 ensayos)</p>
<p>Pa: sobre un pie durante 2 segundos</p>	<p style="text-align: center;">Motriz Gruesa</p> <p>Esc: desciende con un pie en cada peldaño</p> <p>Salto: sobre un pie solamente -- (* 60 m.)</p> <p>Salto: corriendo o parado, en largo</p> <p>Pel: la arroja por alto</p> <p>Pa: sobre un pie entre 4 y 8 segundos</p>	<p>Salto: sobre un pie con desplazamiento</p> <p>Articulación: no infantil</p>
<p>Dib: describe el rombo entre -- sus dobles líneas</p>	<p style="text-align: center;">Motriz Fina</p> <p>Bol: 10 dentro de la botella en 25 segundos</p>	<p>Dib: reproduce una cruz</p>

HO	HO	HO
<p>Lám: nombra todas las figuras Fig: enumera 3 CompPreg A: contesta 2</p>	<p style="text-align: center;">Lenguaje</p> <p>Color: nombra 1 Ordenes: obedece 4, perota y silla</p>	<p>Definiciones: 4 en función del uso CompPreg B: 1 correcta</p>
<p>Vest: se lava y se seca la cara y las manos Jue: el juego asociativo reemplaza al juego paralelo --- (* 48 m.)</p>	<p style="text-align: center;">Personal-social</p> <p>Vest: se lava y se seca las manos y la cara; se cepilla los dientes Vest: se viste y se desviste con supervisión (* 60m.) Vest: se ata los zapatos Vest: distingue frente y dorso de la ropa Jue: coopera con otros niños Jue: construye edificio con bloques Separación evolutiva: cumple cargos fuera del hogar (sin cruzar la calle) Separación evolutiva: tiende a los límites establecidos (* 60 m.)</p>	<p>Comun: llama la atención sobre lo que hace (* 60 m.) Comun: relata cuentos fantásticos Comun: manda y crítica (* 60 m.) Jue: realiza demostraciones exhibicionistas (* 60 m.)</p>

HO	HO	HO
<p>CompPreg: 1 correcta</p>	<p>Color: nombra los 4 Fig: comentario descriptivo, con enumeración CompPreg B: 2 correctas Encargos: 3 en sucesión</p>	
<p>Comun: llama la atención sobre lo que hace (* 60 m.) Comun: relata cuentos fantásticos Comun: manda y critica (* 60m.) Jue: dramatizaciones (* 60 m.)</p>	<p style="text-align: center;">Personal-social</p> <p>Vest: se viste y se desviste sin ayuda Comun: pide el significado de palabras Jue: se disfraza con ropas adultas (Jue: describe algunas letras de molde, 60-66 m.)</p>	<p>Vest: se ata los cordones del zapato Comun: diferencia entre mañana y tarde Comun: conoce derecha e izquierda -- (3 de 3) Comun: recita los números hasta 30</p>

A. INFORMACION Descontinúa después de 5 fracasos consecutivos	Punt. 1 a 0
1. Nariz	
2. Orejas	
3. Pulgar	
4. Botella	
5. Vivir - agua	
6. Pasto	
7. Animales (3)	
8. Leche	
9. Brillar - cielo	
10. Patas - perro	
11. Cartas - correo	
12. Madera	
13. Redondas (2)	
14. Agua - hervir	
15. Tienda - azúcar	
16. Centavos	
17. Zapatos	
18. Días - semana	
19. Pan	
20. Estaciones	
21. Rubí	
22. Cosas - docena	
23. Sol	
Total	

B. CASA DE ANIMALES	
Tiempo límite: 5 minutos	
Tiempo	_____ min _____ seg
Errores	_____
Omissiones	_____
Errores + Omissiones*	_____
Puntuación natural	<input type="text"/>

* Véase el cuadro 20 del Manual.

CASA DE ANIMALES (REPLICACION)**	
Tiempo límite: 5 minutos	
Tiempo	_____ min _____ seg
Errores	_____
Omissiones	_____
Errores + Omissiones	_____
Puntuación natural	<input type="text"/>

** Si Casa de Animales se aplica por segunda vez, utilizar estos más rápidos. Tome nota de las citaciones del capítulo 2 del Manual.

C. VOCABULARIO	Descontinúe después de 5 trazos consecutivos	Punt. 2, 1 ó 0
1. Zapato		
2. Cuchillo		
3. Bicicleta		
4. Sombrero		
5. Paraguas		
6. Clavo		
7. Carta		
8. Gasolina		
9. Burro		
10. Columpio		
11. Castillo		
12. Tronar		
13. Piel		
14. Cortés		
15. Luciérnaga		
16. Unir		
17. Héroe		
18. Diamante		
19. Cíncel		
20. Molestia		
21. Microscopio		
22. Apostar		
Total		

D. FIGURAS INCOMPLETAS	Descontinúe después de 5 trazos consecutivos, a partir de la tarjeta 2	Punt. 1 ó 0
1. Peine		
2. Carrito		
3. Muñeca		
4. Rosas		
5. Niña		
6. Zorra		
7. Mesa		
8. Sube y baja		
9. Mano		
10. Gato		
11. Puente		
12. Tendederos		
13. Reloj		
14. Zapatos		
15. Carro		
16. Columpio		
17. Puerta		
18. Casa		
19. Saco		
20. Nalpe		
21. Gallo		
22. Tijeras		
23. Tornillo		
Total		

E. ARITMETICA	Descontinúe después de 4 trazos consecutivos	Punt. 1 ó 0
1. Pelotas		
2. Barras		
3. Estrellas		
4. Cerezas		
5.	Respuesta	
6.		
Para 6 años o mayores, empiece aquí		
7.		
8.		
9. 30"		
10. 30"		
11. 30"		
12. 30"		
13. 30"		
14. 30"		
15. 30"		
16. 30"		
17. 30"		
18. 30"		
19. 30"		
20. 30"		
Total		

C. VOCABULARIO	Descontinúe después de 5 fracasos consecutivos	Punt. 2, 1 ó 0
1. Zapato		
2. Cuchillo		
3. Bicicleta		
4. Sombrero		
5. Paraguas		
6. Clavo		
7. Carta		
8. Gasolina		
9. Burro		
10. Columpio		
11. Castillo		
12. Tronar		
13. Piel		
14. Cortés		
15. Luciérnaga		
16. Unir		
17. Héroe		
18. Diamante		
19. Cincel		
20. Molestia		
21. Microscopio		
22. Apostar		
Total		

D. FIGURAS INCOMPLETAS	Punt. 1 ó 0
Discontinúe después de 5 fracasos consecutivos, a partir de la tarjeta 3	
1. Peine	
2. Carrito	
3. Muñeca	
4. Rosas	
5. Niña	
6. Zorra	
7. Mesa	
8. Sube y baja	
9. Mano	
10. Gato	
11. Puente	
12. Tendedores	
13. Reloj	
14. Zapatos	
15. Carro	
16. Columpio	
17. Puerta	
18. Casa	
19. Saco	
20. Naípe	
21. Gallo	
22. Tijeras	
23. Tornillo	
Total	

E. ARITMÉTICA	Punt. 1 ó 0
Discontinúe después de 4 fracasos consecutivos	
1. Pelotas	
2. Barras	
3. Estrellas	
4. Cerezas	
5.	Respuesta
6.	
Para 6 años o mayores, empiece aquí	
7.	
8.	
9. 30"	
10. 30"	
11. 30"	
12. 30"	
13. 30"	
14. 30"	
15. 30"	
16. 30"	
17. 30"	
18. 30"	
19. 30"	
20. 30"	
Total	

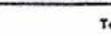
F. LABERINTOS Descontinúe después de 2 fracasos consecutivos a partir del Laberinto 1B

Laberinto	Máx. de errores	Errores	Puntuación				
1A.	45"	0	1 Error 0	0 Errores 1			
1B.	45"	0	1 Error 0	0 Errores 1			
2.*	A 45"	0	1 Error 0		0 Errores 2		
	B 45"	0	1 Error 0	0 Errores 1			
3.*	A 60"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2		
	B 60"	0	1 Error 0	0 Errores 1			
4.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2		
5.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2		
6.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2		
7.	45"	2	3 Errores 0	2 Errores 1	1 Error 2	0 Errores 3	
8.	60"	2	3 Errores 0	2 Errores 1	1 Error 2	0 Errores 3	
9.	75"	3	4 Errores 0	3 Errores 1	2 Errores 2	1 Error 3	
10.	135"	3	4 Errores 0	3 Errores 1	2 Errores 2	1 Error 3	
			Total				

Nota: El niño debe recibir una puntuación para 1A y otra para 1B, pero sólo una puntuación para los laberintos 2 y 3.
* Considérese fracaso sólo cuando se fracasó en ambos ensayos.

G. DISEÑOS GEOMÉTRICOS

Descontinúe después de 2 fracasos consecutivos

Diseño	Punt.
1. 	0 1 2
2. 	0 1 2
3. 	0 1 2
4. 	0 1 2
5. 	0 1 2
6. 	0 1 2 3
7. 	0 1 2 3
8. 	0 1 2 3 4
9. 	0 1 2 3 4
10. 	0 1 2 3 4
Total	

H. SEMEJANZAS Descontinúe después de 4 fracasos consecutivos, a partir de la pregunta 5

	Punt. 1 ó 0		Punt. 1 ó 0
1. Tren		9. Leche - agua	
2. Zapatos		10. Cuchillo - pedazo de vidrio	
3. Pelota			Punt. 2, 1 ó 0
4. Vaso		11. Abrigo - suéter	
5. Pan - carne		12. Piano - violín	
Descontinúe si se fracasó en las preguntas 1-5		13. Ciruela - durazno	
6. Piernas		14. Veinte - peso	
7. Lápiz		15. Cerveza - vino	
8. Niños - hombres		16. Gato - ratón	
Total			

F. LABERINTOS Descontinúe después de 2 fracasos consecutivos a partir del Laberinto 1B

Laberinto	Máx. de errores	Errores	Puntuación			
1A.	45"	0	1 Error 0	0 Errores 1		
1B.	45"	0	1 Error 0	0 Errores 1		
2.*	A 45"	0	1 Error 0	0 Errores 2		
	B 45"	0	1 Error 0	0 Errores 1		
3.*	A 60"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2	
	B 60"	0	1 Error 0	0 Errores 1		
4.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2	
5.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2	
6.	45"	1	2 Errores 0	1 Error 1	0 Errores 2	
7.	45"	2	3 Errores 0	2 Errores 1	1 Error 2	0 Errores 3
8.	60"	2	3 Errores 0	2 Errores 1	1 Error 2	0 Errores 3
9.	75"	3	4 Errores 0	3 Errores 1	2 Errores 2	1 Error 3
10.	135"	3	4 Errores 0	3 Errores 1	2 Errores 2	1 Error 3
Total						

Nota: El niño debe recibir una puntuación para 1A y otra para 1B, pero sólo una puntuación para los laberintos 2 y 3.
* Considérese fracaso sólo cuando se fracase en ambos ensayos.

G. DISEÑOS GEOMÉTRICOS

Descontinúe después de 2 fracasos consecutivos	
Diseño	Punt.
1. 	0 1 2
2. 	0 1 2
3. 	0 1 2
4. 	0 1 2
5. 	0 1 2
6. 	0 1 2 3
7. 	0 1 2 3
8. 	0 1 2 3 4
9. 	0 1 2 3 4
10. 	0 1 2 3 4
Total	

H. SEMEJANZAS Descontinúe después de 4 fracasos consecutivos, a partir de la pregunta 5

	Punt. 1 ó 0		Punt. 1 ó 0
1. Tren		9. Leche - agua	
2. Zapatos		10. Cuchillo - pedazo de vidrio	
3. Pelota			Punt. 2, 1 ó 0
4. Vaso		11. Abrigo - suéter	
5. Pan - carne		12. Piano - violín	
Descontinúe si se fracasa en las preguntas 1-5			
6. Piernas		13. Ciruela - durazno	
7. Lápiz		14. Veinte - peso	
8. Niños - hombres		15. Carveza - vino	
		16. Gato - ratón	
Total			

I. DISEÑOS CON PRISMAS Descontinúe después de 2 fracasos consecutivos, a partir del Diseño 3							
Diseño	Ensayo tiempo*	Aprobado: fracaso	Puntuación	Diseño	Ensayo tiempo*	Aprobado: fracaso	Punt.:
1. 	1 30" D		0 1 2	6. 	1 45" ND		0 1 2
	2 30" D				2 45" D		
2. 	1 30" ND		0 1 2	7. 	1 60" ND		0 1 2
	2 30" D				2 60" D		
Descontinúe si se fracasó en los diseños 1 y 2							
Para 6 años o mayores, empiece aquí							
3. 	1 30" D		0 1 2	8. Ver tarjeta	1 60" D		0 1 2
	2 30" D				2 60" D		
4. 	1 30" D		0 1 2	9. Ver tarjeta	1 75" ND		0 1 2
	2 30" D				2 75" D		
5. 	1 45" D		0 1 2	10. Ver tarjeta	1 75" ND		0 1 2
	2 45" D				2 75" D		
Total							

* "D" significa que en ese ensayo, el examinador hace una demostración; "ND" significa que en ese ensayo, el examinador no hace demostración. Véase el Manual.

J. COMPRENSION Descontinúe después de 4 fracasos consecutivos	Punt. 2, 1 ó 0
1. Jugar - cerillos	
2. Lavar	
3. Cortar - dedo	
4. Relojes	
5. Perder - pelota (muñeca)	
6. Baño	
7. Casas - ventanas*	
8. Ropa*	
9. Trabajar*	
10. Luz - cuarto*	
11. Niños - enfermos	
12. Pan - comprar	
13. Pelear	
14. Casa - ladrillo*	
15. Criminales*	
Total	

* Si el niño sólo da una razón, diga: "Dame otra razón, ¿por qué . . . tienen ventanas las casas?" (o una pregunta semejante). Véase el Manual.

SUBESCALA COMPLEMENTARIA

FRASES Descontínge después de 3 fracasos consecutivos	Más. de errores	Errores	Punt.
A. Mi casa.	0		0 1
B. Las vacas son grandes.	0		0 1
C. Nosotros dormimos por las noches.	1		0 1 2
Empiece con la frase 1; si fracasa aplique A, B, C.			
1. María tiene un abrigo rojo.	1		0 1 2
2. El perro malo corrió detrás del gato.	1		0 1 2
3. Tomás encontró tres huevos azules en el nido.	1		0 1 2
4. Susana tiene dos muñecas y un osito café de juguete.	1		0 1 2
5. Es muy bonito ir al campo en el verano.	2		0 1 2 3
6. A Pedro le gustaría tener unas botas nuevas y un traje de vaquero.	2		0 1 2 3
7. Cuando comemos muchos dulces y nieve, puede darnos dolor de estómago.	3		0 1 2 3 4
8. La lluvia fuerte como la de anoche, hace que los camiones lleguen tarde a la escuela.	3		0 1 2 3 4
9. El precio de los zapatos y la ropa de invierno, no está tan elevado como el año pasado.	3		0 1 2 3 4
10. El próximo lunes nuestro grupo visitará el zoológico; trae tu almuerzo y llega a tiempo.	3		0 1 2 3 4
Total:			

OBSERVACIONES:

ANEXO 5

PROTOCOLO ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHLER WISC-R



MP

10-4

WISC-R-ESPAÑOL

Escala de Inteligencia Revisada
para el Nivel Escolar

Protocolo

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE
O TUTOR: _____

ESCUELA: _____

GRADO: _____

LUGAR DE APLICACIÓN: _____

APLICÓ: _____

REFERIDO POR: _____

PERFIL WISC-R														
ESCALA VERBAL							ESCALA DE EJECUCIÓN							
Puntuación normalizada	Información	Semejanzas	Aritmética	Vocabulario	Comprensión	Retención de dígitos	Puntuación normalizada	Figuras incompletas	Ordenación de dibujos	Diseño con cubos	Composición de objetos	Claves	Laberintos	Puntuación normalizada
19	*	*	*	*	*	*	19	*	*	*	*	*	*	19
18	*	*	*	*	*	*	18	*	*	*	*	*	*	18
17	*	*	*	*	*	*	17	*	*	*	*	*	*	17
16	*	*	*	*	*	*	16	*	*	*	*	*	*	16
15	*	*	*	*	*	*	15	*	*	*	*	*	*	15
14	*	*	*	*	*	*	14	*	*	*	*	*	*	14
13	*	*	*	*	*	*	13	*	*	*	*	*	*	13
12	*	*	*	*	*	*	12	*	*	*	*	*	*	12
11	*	*	*	*	*	*	11	*	*	*	*	*	*	11
10	*	*	*	*	*	*	10	*	*	*	*	*	*	10
9	*	*	*	*	*	*	9	*	*	*	*	*	*	9
8	*	*	*	*	*	*	8	*	*	*	*	*	*	8
7	*	*	*	*	*	*	7	*	*	*	*	*	*	7
6	*	*	*	*	*	*	6	*	*	*	*	*	*	6
5	*	*	*	*	*	*	5	*	*	*	*	*	*	5
4	*	*	*	*	*	*	4	*	*	*	*	*	*	4
3	*	*	*	*	*	*	3	*	*	*	*	*	*	3
2	*	*	*	*	*	*	2	*	*	*	*	*	*	2
1	*	*	*	*	*	*	1	*	*	*	*	*	*	1

Año Mes Día		
Fecha de aplicación	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____
Edad	_____	_____

	Puntuación natural	Puntuación normalizada
ESCALA VERBAL		
Información	_____	_____
Semejanzas	_____	_____
Aritmética	_____	_____
Vocabulario	_____	_____
Comprensión (Retención de dígitos)	_____	_____
S u m a	(_____) (_____)	_____
ESCALA DE EJECUCIÓN		
Figuras incompletas	_____	_____
Ordenación de dibujos	_____	_____
Diseño con cubos	_____	_____
Composición de objetos	_____	_____
Claves	_____	_____
(Laberintos)	(_____) (_____)	_____
S u m a	_____	_____

	Puntuación normalizada	CI
Escala Verbal	_____	_____
Escala de Ejecución	_____	_____
Escala Total	_____	_____

*Prontesteo si es necesario.

OBSERVACIONES

Copyright © 1971, 1974 por
The Psychological Corporation
San Antonio, Texas



D.R. © 1990 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.
Av. Sonora núm. 208 Col. Hipódromo Deleg. Cuauhtémoc 06100 - México, D.F.

Nota: Este Protocolo es un tríptico doblado en forma envolvente. NO lo acepte si tiene otra presentación.

0105

A. INFORMACIÓN		Puntuación
Discontinuar después de 5 fracasos consecutivos		1 o 0
1. Dedo		
2. Orejas		
3. Patas		
4. Hervir - agua		
5. Veintes - peso		
6. Vaca		
7. Días - semana		
8. Marzo		
9. Jamón		
10. Cosas - docena		
11. Estaciones		
12. América		
13. Estómago		
14. Sol		
15. Año bisiesto		
16. Foco		
17. 1810		
18. Aceite - flota		
19. Fronteras		
20. Kilos - tonelada		
21. Chile		
22. Vidrio		
23. Capital - Grecia		
24. Estatura		
25. Barómetro		
26. Oxidar		
27. México - Monterrey		
28. Jeroglíficos		
29. Darwin		
30. Aguarrás		
Total		Máxima=30

B. FIGURAS INCOMPLETAS			
Discontinuar después de 4 fracasos consecutivos			
	Puntuación		Puntuación
	1 o 0		1 o 0
1. Peine		14. Naipes	
2. Muchacha		15. Niña corriendo	
3. Zorra		16. Saco	
4. Mano		17. Niño	
5. Gato		18. Tijeras	
6. Espejo		19. Niña	
7. Reloj		20. Tornillo	
8. Elefante		21. Vaca	
9. Escalera		22. Termómetro	
10. Cómoda		23. Casa	
11. Cinturón		24. Teléfono	
12. Cara		25. Perfil	
13. Puerta		26. Sombrilla	
Total			Máxima=26

C. SEMEJANZAS		Puntuación
Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos		1 o 0
1. Rueda - pelota		
2. Vela - lámpara		
3. Camisa - sombrero		
4. Piano - guitarra		
5. Manzana - plátano		
6. Cerveza - vino		
7. Gato - ratón		
8. Codo - rodilla		
9. Teléfono - radio		
10. Kilo - metro		
11. Enojo - alegría		
12. Tijeras - sartén		
13. Montaña - lago		
14. Libertad - justicia		
15. Primero - último		
*16. 49 y 121		
17. Sal - agua		
Total		Máxima=30

* Si el niño da una respuesta de 1 punto, diga: ¿En qué más se parecen los números 49 y 121?

D. ORDENACIÓN DE DIBUJOS Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos

Ordenación	Tiempo	Orden	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación obtenida)
Báscula (EJEMPLO)			
1. Pelea 45''	1 2		0 1 BOX 2 BOX
2. Día de campo 45''	1 2		0 1 POLLO 2 POLLO
3. Fuego 45''	1 2		0 1 FUEGO 2 FUEGO
4. Puente 45''	1 2		0 1 IDEA 2 IDEA
5. Ladrón 45''			0 15-45 11-15 1-10 3 4 5 LADRON
6. Dormilón 45''			0 16-45 11-15 1-10 3 4 5 CAMA
7. Artista 45''			0 16-45 11-15 1-10 3 4 5 ARTE
8. Lazo 45''			0 16-45 11-15 1-10 3 4 5 ROBO
9. Lancha 60''			0 2 21-60 11-20 1-10 3 4 5 UMELLE MUELLE
10. Jardinero 60''			0 2 20-60 16-25 1-15 3 4 5 PISCA PESCA
11. Banca 60''			0 2 20-60 16-25 1-15 3 4 5 PEARG PEGAR
12. Lluvia 60''			0 2 20-60 16-25 1-15 3 4 5 MOJAR MOJAR
Total			Máxima=48

* Dé un ejemplo igual que el primero.

E. ARITMÉTICA Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos

Problema	Respuesta	Puntuación 1 o 0
1. 30''		
*2. 30''		
*3. 30''		
4. 30''		
5. 30''		
6. 30''		
7. 30''		
8. 30''		
9. 30''		
10. 30''		
11. 30''		
12. 30''		
13. 30''		
14. 45''		
15. 45''		
16. 75''		
17. 75''		
18. 75''		
Total		Máxima=18*

* Problemas 2 y 3 se puntúan con medio punto si el niño comete un error, pero lo consigue dentro del tiempo límite.
Redondear las medias puntuaciones.

F. DISEÑO CON CUBOS Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos

Diseño	Tiempo	Pasa-Fracasa	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación para cada diseño)
1. 45''	1 2		0 1 2
2. 45''	1 2		0 1 2
3. 45''	1 2		0 1 2
4. 45''			0 21-45 16-60 11-15 1-10 4 5 6 7
5. 75''			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
6. 75''			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
7. 75''			0 21-75 16-20 11-15 1-10 4 5 6 7
8. 75''			0 26-75 21-25 16-20 1-15 4 5 6 7
9. 120''			0 06-120 36-55 06-36 1-35 4 5 6 7
10. 120''			0 76-120 56-75 41-55 1-40 4 5 6 7
11. 120''			0 81-120 56-90 41-55 1-40 4 5 6 7
Total			Máxima=62

G. VOCABULARIO

Discontinuar después de 5 fracasos consecutivos

Puntuación
2,100

1. Cuchillo

2. Paraguas

3. Reloj

4. Sombrero

5. Bicicleta

6. Clavo

7. Abecedario

8. Burro

9. Ladrón

10. Juntar

11. Valiente

12. Diamante

13. Apostar

14. Disparate

15. Prevenir

16. Contagioso

17. Molestia

18. Fábula

19. Peligroso

20. Emigrar

21. Estrofa

22. Recluir

23. Escarabajo

24. Espionaje

25. Campanario

26. Rivalidad

27. Reforma

28. Impulsar

29. Aflicción

30. Demoler

31. Inminente

32. Dilatorio

Máxima=64

Total

K. RETENCIÓN DE DÍGITOS (Complementaria)						
Discontinuar después de fracasar con ambos intentos Aplicar ambos ensayos para cada reactivo, aunque el niño pase el primer ensayo						
	ORDEN PROGRESIVO (OP)		Pasa-Fracasa		Puntuación 2, 1 o 0	
	Ensayo 1		Ensayo 2			
1.	3-8-6		6-1-2			
2.	3-4-1-7		6-1-5-8			
3.	8-4-2-3-9		5-2-1-8-6			
4.	3-8-9-1-7-4		7-9-6-4-8-3			
5.	5-1-7-4-2-3-8		9-8-5-2-1-6-3			
6.	1-6-4-5-9-7-6-3		2-9-7-6-3-1-5-4			
7.	5-3-8-7-1-2-4-6-9		4-2-6-9-1-7-8-3-5			
Aplicar Dígitos en orden inverso, aunque el niño puntúe 0 en orden progresivo					Total (OP)	Máxima=14

	ORDEN INVERSO (OI)		Pasa-Fracasa		Puntuación 2, 1 o 0
	Ensayo 1		Ensayo 2		
1.	2-5		6-3		
2.	5-7-4		2-5-9		
3.	7-2-9-6		8-4-9-3		
4.	4-1-3-5-7		9-7-8-5-2		
5.	1-6-5-2-9-8		3-6-7-1-9-4		
6.	8-5-9-2-3-4-2		4-5-7-9-2-8-1		
7.	6-9-1-6-3-2-5-8		3-1-7-9-5-4-8-2		
Total (OI)					Máxima=14

		Máxima=28
(OP)	+	(OI)
	=	Total

L. LABERINTOS (Complementaria)								
Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos								
Laberinto	Errores máximos	Errores	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)					
MUESTRA								
1.	30"	1	0	1 error 1	0 errores 2			
2.	30"	1	0	1 error 1	0 errores 2			
3.	30"	1	0	1 error 1	0 errores 2			
4.	30"	2	0	2 errores 1	1 error 2	0 errores 3		
5.	45"	2	0	2 errores 1	1 error 2	0 errores 3		
6.	60"	3	0	3 errores 1	2 errores 2	1 error 3	0 errores 4	
7.	120"	3	0	3 errores 1	2 errores 2	1 error 3	0 errores 4	
8.	120"	4	0	4 errores 1	3 errores 2	2 errores 3	1 error 4	0 errores 5
9.	150"	4	0	4 errores 1	3 errores 2	2 errores 3	1 error 4	0 errores 5
Total						Máxima=30		

ANEXO 6
PROTOCOLO TEST GESTALTICO VISOMOTOR BENDER

ESCALA DE MADURACIÓN DEL TEST DE BENDER
para niños por Elizabeth M. Koppitz

Nombre _____ Sexo _____
 Edad (años-meses): _____ Grado Escolar _____ Fecha: _____
 Puntaje Crudo _____ Nivel de Maduración _____ Tiempo _____

Figura A

- _____ 1a Distorsión de la forma
- _____ 1b Desproporción
- _____ 2 Rotación
- _____ 3 Integración

Figura 1

- _____ 4 Distorsión de la forma
- _____ 5 Rotación
- _____ 6 Perseveración

Figura 2

- _____ 7 Rotación
- _____ 8 Integración
- _____ 9 Perseveración

Figura 3

- _____ 10 Distorsión de la forma
- _____ 11 Rotación
- _____ 12a Integración
- _____ 12b Línea continua

Figura 4

- _____ 13 Rotación
- _____ 14 Integración

Figura 5

- _____ 15 Modificación de la forma
- _____ 16 Rotación
- _____ 17a Desintegración de la forma
- _____ 17b Línea continua

Figura 6

- _____ 18a Distorsión de la forma
- _____ 18b Línea recta
- _____ 19 Integración
- _____ 20 Perseveración

Figura 7

- _____ 21a Desproporción
- _____ 21b Deformación
- _____ 22 Rotación
- _____ 23 Integración

Figura 8

- _____ 24 Distorsión de la forma
- _____ 25 Rotación

Observaciones _____

Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo
de la Integración Visomotriz

VMI

PROTOCOLO

Formato Breve (para edades desde 3 hasta 7 años)

por Keith E. Beery y Norman A. Buktenica

Nombre _____ Sexo: F M

Apellido(s) Nombre(s)

Escuela: _____ Grado: _____

Examinador: _____

Fecha de evaluación: _____

año mes día

Fecha de nacimiento: _____

año mes día

Edad cronológica: _____

años meses

(Cuenta más de 15 días como un mes.)

<i>SUMARIO</i>				<i>PERFIL</i>				
Consúltese el Manual para las normas.				Puntuación estándar	VMI	Visual	Motriz	Percentil
	VMI	Visual	Motriz					
Puntuaciones naturales:	_____	_____	_____	145	-	-	-	99.7
				140	-	-	-	99.2
				135	-	-	-	99
Puntuaciones estándar:	_____	_____	_____	130	-	-	-	98
				125	-	-	-	95
Puntuaciones escaladas:	_____	_____	_____	120	-	-	-	91
				115	-	-	-	84
Percentiles:	_____	_____	_____	110	-	-	-	75
				105	-	-	-	63
Otras puntuaciones:	_____	_____	_____	100	-	-	-	50
				95	-	-	-	37
				90	-	-	-	25
Comentarios y Recomendaciones				85	-	-	-	16
				80	-	-	-	9
				75	-	-	-	5
				70	-	-	-	2
				65	-	-	-	1
				60	-	-	-	.8
				55	-	-	-	.3

Comience la prueba en la *página final*. Dé vuelta al Folleto de manera que el borde de encuadernación quede hacia el estudiante. Si se usan las subpruebas, *siempre* examine en este orden: VMI → Visual → Motriz.

Puntuación y Registro de la VMI

No.	Forma	Norma de edad (años y meses)	Puntuación	Observaciones
1		2-0 Imitada		
2	—	2-6 Imitada		
3	○	2-9 Imitada		
4		2-10 Copiada		
5	—	3-0 Copiada		
6	○	3-0 Copiada		
7	+	4-1		
8	/	4-4		
9	□	4-6		
10	\	4-7		
11	×	4-11		
12	△	5-3		
13	↳	5-6		

No.	Forma	Norma de edad (años y meses)	Puntuación	Observaciones
14	✕	5-9		
15	↕	6-5		
16	⊗	6-8		
17	⋅	7-5		
18	∞	7-11		

Puntuación natural de VMI =

total de puntos calificados hasta = 3 Sin puntuación consecutivos.

Registre la puntuación natural en la contraportada (página 16). Véase el Manual para las normas.

Otras observaciones

Habilidades visuales

Habilidades motrices

Habilidades VMI

Retención/Extensión

Otro

ANEXO 8

PORTADAS: DISCOS DIDÁCTICOS PIPO

