



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la Salud

“La ergoterapia en la rehabilitación psicosocial de pacientes
con discapacidad y sus cuidadores primarios”.

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Sara Amador García

Director: Lic. Marco Antonio Flores Mondragón.

Dictaminador: Dr. Marco Antonio González Pérez.

Lic. José Antonio Ortiz Vélez.

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 10 de junio 2022.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres Ariadna y Ricardo

Gracias, mamá por darme la vida, abrigarme y ser un refugio cuando creía que todo se venía abajo.

Gracias, papá por creer en mí, apoyarme, ser mi soporte y siempre alegrarme con mi comida favorita.

Gracias a Dios, este logro es por y para ustedes.
Los amo.

A mi hermano Ricardo

Gracias por tu cariño, ser mi cómplice en muchas aventuras, eres el complemento y contraste de mi vida. Admiro tu valentía y pasión para lograr cada una de tus metas. Te quiero por siempre.

A mis abuelos Francisco y Guadalupe

Gracias por su amor, por ser el principal pilar en la familia y siempre impulsarnos a cumplir nuestros sueños. Donde quiera que se encuentren les mando un abrazo y un beso hasta el cielo.

A mi team, Mitzi, Vianey y Cecilia

Gracias por su apoyo incondicional y comprensión. Estaré eternamente agradecida con la vida por haberlas conocido. Ustedes son el rayito de sol que alumbra y abriga en los días tormentosos.

Las amo con todo mi ser.

Para Alan

Gracias por cuidarme, ser otro hermano para mí durante todos estos años. Me enseñaste a soñar tanto que logre un sueño sin dejar de mantenerme con los pies en la tierra. He conocido la felicidad y la amargura contigo, pero recordaremos que después de la tormenta viene la calma. Te adoro.

Para Alexis

Gracias por tantas risas, cuidarme y ser aquella persona que nunca me soltó cuando más apoyo necesite. Festejamos un logro en común, esperando que cada uno de nosotros llegue a su meta. Y te das cuenta de que uno mismo cambia cuando esta con las personas correctas. Te quiero.

Para Karla

Gracias por ser mi confidente, ser quien me defendió en muchas ocasiones cuando tuve miedo. Por ser mi complemento en una gran etapa de mi vida. La vida da tantas vueltas que quien menos lo esperas se vuelve alguien importante en tu vida. Te adoro.

Para mis compañeros de universidad.

Gracias por recorrer este camino conmigo, comparto un gran logro con cada uno de ustedes. Espero que logremos dar un gran aporte a la sociedad y sigamos divulgando la importancia de la salud mental. Los quiero colegas.

A toda mi demás familia y amigos cercanos, gracias por apoyarme, brindarme su confianza y ser cómplices en cada uno de mis logros.

También, a mi asesor Marco Antonio Flores Mondragón por compartirme su conocimiento, brindarme su tiempo y ser mi guía en mi formación profesional. Asimismo, a la psicóloga Laura Margarita Valdespino Domínguez por compartir su enseñanza, conocimiento y recibirme con cariño en su espacio de trabajo. Pero sobre todo les agradezco a los dos por enseñarme el lado más humano de la vida.

A mi alma mater Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por darme la oportunidad de acogerme y brindarme educación profesional.

Índice

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 6 |
| Introducción | 8 |
| Marco Teórico | 8 |
| Clínica del trabajo..... | 8 |
| Discapacidad..... | 9 |
| Modelo Médico..... | 9 |
| Modelo Social..... | 10 |
| Modelo Biopsicosocial..... | 10 |
| CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades vol. 10) | 11 |
| CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) | 12 |
| Meta Modelo Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria (ECO2) | 13 |
| Redes Sociales..... | 13 |
| Intervención a partir de las redes sociales..... | 13 |
| Ergoterapia | 14 |
| Empleabilidad..... | 16 |
| Formación basada en competencias | 16 |
| Justificación | 17 |
| Objetivo general de la práctica de servicio | 17 |
| Objetivos específicos de la práctica de servicio | 17 |
| Informe de la práctica | 18 |
| ¿Qué es el INR? | 18 |
| ¿Por qué el INR?..... | 18 |
| Área y programa donde se realizó el servicio..... | 18 |
| Objetivo de la Ergoterapia..... | 19 |
| Diagnóstico..... | 19 |
| Objetivo del diagnóstico..... | 21 |
| Participantes..... | 22 |

| | |
|--|-----------|
| Estrategias de evaluación (Anexo) | 22 |
| Desarrollo (qué se realizó y cómo se realizó)..... | 22 |
| Resultados. | 26 |
| Conclusiones. | 26 |
| Referencias. | 27 |
| Anexos..... | 29 |

RESUMEN

En México la formación y el entrenamiento de los psicólogos en el ámbito de la salud surge del conjunto de funciones profesionales que se adquieren. Garantizando las diversas competencias en los dominios teóricos, conceptuales y metodológicos. Asimismo, en la aplicabilidad del conocimiento desde una perspectiva multidisciplinaria. Por lo tanto, la práctica de servicio se llevó a cabo en la División de Rehabilitación Integral dentro del programa de Rehabilitación Laboral **Objetivo.** Se busca incrementar el repertorio de habilidades y competencias sociales, laborales y de planificación en pacientes que asisten al grupo de Ergoterapia mediante la técnica de vitromosaico con el propósito de estimular la empleabilidad para su inserción laboral. **Método.** Estudio no probabilístico intencional, se desarrolló un esquema basado en dos fases de trabajo: Etapa 01, descripción general a lo largo de seis meses. Se trabajo con 12 pacientes y 12 cuidadores primarios. **Resultados.** A nivel cognitivo promover y estimular la coordinación psicomotriz tanto fina como gruesa, coordinación visoespacial, procesos de creatividad, fantasía e imaginación y procesos de reflexión y metacognitivos. A nivel psicosocial desarrollar competencias personales, de grupo, redes de apoyo y de comunicación **Conclusiones.** El grupo de Ergoterapia resulta favorable en el propósito de lograr la rehabilitación psicosocial a través del aumento en las competencias sociolaborales y así incrementar la empleabilidad que van de una mínima complejidad (inducción al grupo) a una máxima complejidad (posibilidad de inserción sociolaboral), en el cual el uso de la técnica de vitromosaico se convierte en el medio y no en el fin que, a su vez, se relaciona en la mejora en la calidad de vida y bienestar psicosocial.

Palabras Clave: Discapacidad, Calidad de Vida, Ergoterapia, Empleabilidad, Rehabilitación.

ABSTRACT

In Mexico, the education and training of psychologists in the field of health arises from the set of professional functions that are acquired. Ensuring the various skills in the theoretical, conceptual, and methodological domains. Likewise, in the applicability of knowledge from a multidisciplinary perspective. Therefore, the service practice was carried out in the Comprehensive Rehabilitation Division within Labor Rehabilitation program. **Objetic.** The aim is to increase the repertoire of social, labor and planning skills and competencies in patients who attend the Ergotherapy group through the glass mosaic technique with the purpose of stimulating employability for their labor insertion. **Method.** Intentional non-probabilistic study, a scheme based on two work phases was developed: Stage 01, general description over six months. We worked with 12 patients and 12 primary caregivers.

Results. At a cognitive level, promote and stimulate both fine and gross psychomotor coordination, visuospatial coordination, creativity, fantasy and imagination processes, and reflection and metacognitive processes. At a psychosocial level, develop personal and group skills, support, and communication networks. **Conclusions.** The Ergotherapy group is favorable in the purpose of achieving psychosocial rehabilitation through the increase in social and labor skills and thus increase employability ranging from a minimum complexity (induction to the group) to a maximum complexity (possibility of social and labor insertion), in which the use of the vitromosaic technique becomes the means and not the end which, in turn, is related to the improvement in the quality of life and psychosocial well-being.

Keywords: Disability, Quality of Life, Ergotherapy, Employability, Rehabilitation.

Introducción

De acuerdo con Piña López & Julio Alfonso (2010) la formación y entrenamiento de los psicólogos en el ámbito de la salud surge desde la especificación de las funciones profesionales. El rol del psicólogo a través de diversas competencias conductuales garantizan la formación y entrenamiento de psicólogos competentes en los dominios teórico-conceptual y metodológico en la aplicabilidad del conocimiento psicológico desde una perspectiva interdisciplinaria.

Por otro lado, la pobreza, exclusión y falta de oportunidades de trabajo son las principales dificultades que viven las personas con discapacidad. Este trabajo centró su atención en mejorar el pronóstico en la inserción laboral y psicosocial mediante la empleabilidad.

Este trabajo centra su atención en mejorar el presagio en la inserción socio laboral y psicosocial mediante la empleabilidad. En el cual participaran pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) adolescentes, adultos y adultos mayores de consulta externa que cuenten con discapacidad física, mental, auditiva e intelectual.

Por lo que se busca fomentar y diversificar el repertorio de habilidades y competencias socio laborales mediante la técnica de vitromosaico para incrementar y consolidar los perfiles de empleabilidad en personas con discapacidad.

Marco Teórico

Clinica del trabajo.

Ansoleaga (2015) señala que para llevar a cabo el plan de intervención se presentan los componentes centrales que son: ***a) acciones del proceso de una Clínica Psicosocial del Trabajo, b) momentos de la intervención grupal y c) estructura de las sesiones.***

El modelo de intervención puede modificarse de acuerdo a las necesidades de los grupos, así como visibilizar los problemas de salud mental que van más allá de factores

individuales contemplando el contexto laboral y social. La Psicodinámica del Trabajo supone la incorporación de aspectos subjetivos del trabajo suponiendo que se asume un rol protagónico en la constitución del individuo y de su identidad: “el trabajar es más que una actividad, constituye una forma de relación social”. Estas intervenciones promueven mediante el uso del lenguaje y la reflexión colectiva las experiencias de cada uno de los participantes. La clínica del trabajo tiene varias técnicas, como la elaboración psíquica, la observación clínica y la interpretación. Finalmente, un sistema tiene un modo funcional de existir y organizarse que permite comprender como ocurren los eventos pero no justifica que sucedan de tal manera.

Discapacidad.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo en interacción con otras barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

La persona con discapacidad como un ser humano tiene derechos e igualdad de oportunidades que los demás en todos los ámbitos. Asimismo, se concibe a la persona como un individuo sujeto a obligaciones con igualdad de oportunidades y participación social. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resulta una deficiencia.

De acuerdo con Hernández (2015) la discapacidad se ha presentado y concebido de diferentes formas a lo largo de la historia considerando al modelo médico y el modelo social como los principales referentes conceptuales de la discapacidad.

Modelo Médico.

En este modelo se alude a la discapacidad como enfermedad y se considera a la persona que puede aportar a la sociedad siempre y cuando sean rehabilitadas. Asimismo, menciona que las personas con discapacidad requieren de cuidados clínicos y tratamiento individual que encamine a conseguir la mejora o un cambio del paciente concentrándose en las

consecuencias de la enfermedad. El modelo se consagro en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías; Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Esta clasificación internacional se distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía (Muñoz, como se citó en Hernández, 2015).

La deficiencia se refiere a la perdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiologica o anatómica. Repercuten en trastornos de cualquier organo e incluyen defectos en las extremidades, órganos u otras estructuras corporales en alguna funcion mental o la pérdida de alguno de estos. Algunos ejemplos son sordera, ceguera o la parálisis; dentro del ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.

Modelo Social.

Este modelo se atribuye en los resultados de las relaciones sociales del paciente resaltando la importancia de los aspectos externos de la dimensión social. Sus características se enfatizan en que las limitaciones individuales no son el problema, sino las limitaciones impuestas por la sociedad. Siendo que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la medida en que sean incluídad y aceptadas socialmente.

Por lo tanto, se coincide a la discapacidad como un fenómeno multidimensional que integra aspectos biomédicos y sociales en los que se incluyen a todas las personas independientemente tengan discapacidad o no. Asimismo, el modelo social busca la adopción de medidas que permitan la autonomía de la persona con discapacidad, se garantice la adaptación del entorno a las necesidades de la persona y se aprovechen las capacidades de la persona.

Modelo Biopsicosocial.

Este modelo integra a los modelos médico y social de tal manera que esta integración trasciende en la actualidad tanto en la dimesion normativa como social delimitando los campos de acción de cada modelo. Siendo que desde el modelo médico se tienen en cuenta aspectos científicos y desde el modelo social se busca el reconocimiento de la igualdad de oportunidades.

Finalmente, estos modelos hoy en día coexisten avanzando hacia el enfoque de derechos que implica inclusión en el reconocimiento de la diversidad de cada persona con discapacidad en la superación de barreras que se les han impuesto.

CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades vol. 10) .

Permite el registro, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

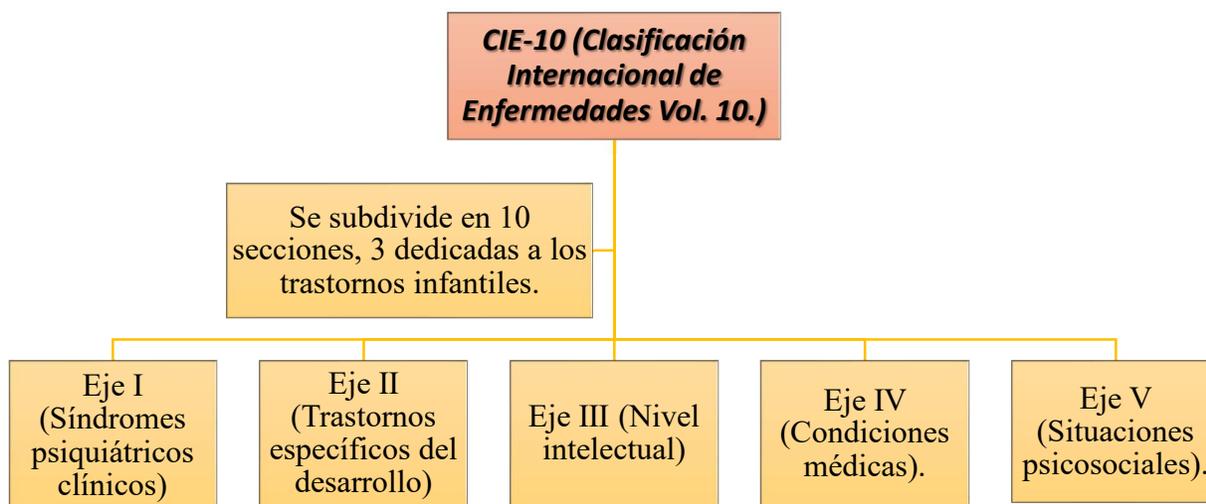


Figura 1. Estructura CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) .

Proporciona una base científica para el estudio y la comprensión de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes. Establece un lenguaje para describir la salud y los estados relacionados con ella mejorando la comunicación entre distintos usuarios como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y la población general incluyendo a las personas con discapacidades.

Asimismo, permite la comparación de datos e información entre países, disciplinas, servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo. Proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser explicado en los sistemas de información en salud.

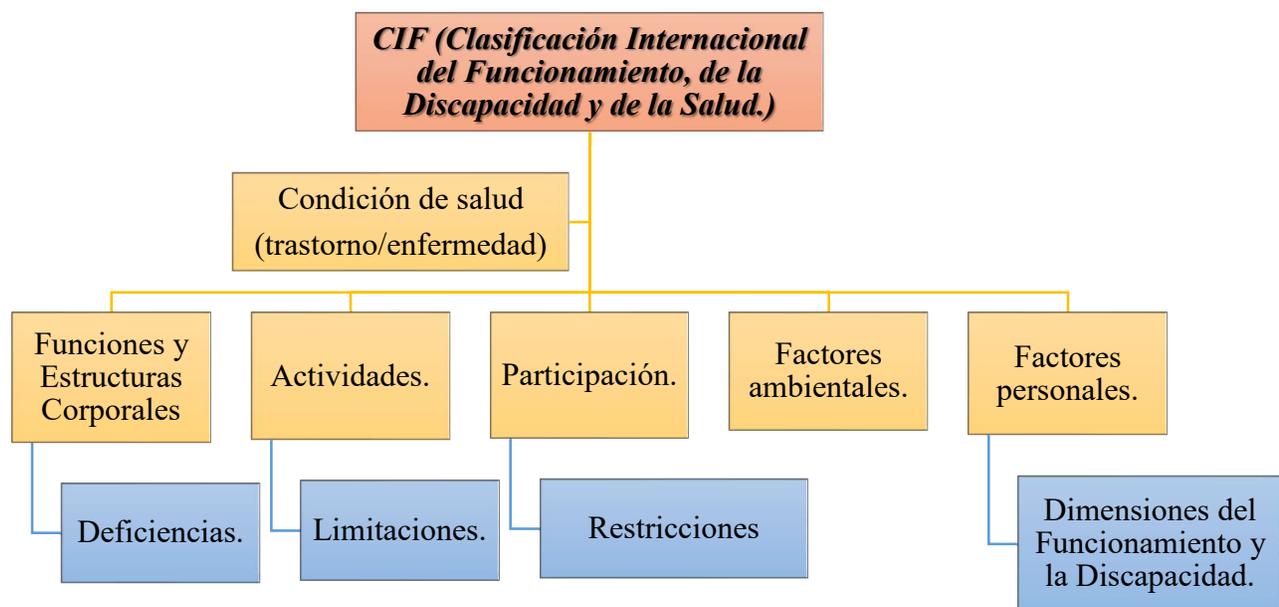


Figura 2. Estructura CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud).

Meta Modelo Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria (ECO2).

De acuerdo con Machín (2010) el modelo ECO2 se constituyó como un juego de palabras a partir de elementos esenciales: Epistemología de la Complejidad (ECO), Ética y Comunitaria (ECO), por lo tanto ECO2. Por lo tanto, promueve la colaboración entre los integrantes de los diversos escenarios, personas con discapacidad, familias y otros agentes que dinamizan los escenarios comunitarios para ofrecer alternativas de inclusión e integración entre los integrantes de esos espacios.

La intervención del modelo busca crear una red de recursos y aumentar la complejidad efectiva de las redes sociales de las personas, especialmente en aquellas que se encuentran en situación de exclusión social grave. Actualmente es el marco teórico y metodológico en el cual se han formado a más de 300 organizaciones de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

Redes Sociales.

Dentro del modelo, red social se entiende el campo relacional que establece el espacio-tiempo-comunicación en que los individuos identifican-significan (relaciones a otros sujetos) y son identificados-significados en su contexto siendo este de funcionalidad en ciertos niveles como un sistema de apoyo que se produce asimismo, no solo en sus estructuras sino también en los elementos del cual esta compuesto. Por lo tanto, esta se conforma por las relaciones de la misma red y en cada relación se establecen distinciones pero ninguna independiente de la red.

Intervención a partir de las redes sociales.

El ECO2 al ser un modelo de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y tratamiento de situaciones de sufrimiento social refiere a que las redes sociales son importantes en muchos aspectos dentro del mismo: como perspectiva teórica-metodológica como elemento fundamental del diagnóstico (las comunidades locales como de personas) y de la estrategia de intervención.

Plantea una serie de iniciativas de investigación en la acción que permiten producir una organización comunitaria que incluye los siguientes elementos:

- Diagnostico de comunidad.
- Diagnostico de personas.
- Red subjetiva comunitaria.
- Red operativa.
- Red recursos comunitarios.

Se reconoce que las redes sociales son las inmediaciones en las cuales la comunidad local se organiza y con la que nosotros como individuos propiciamos la reorganización de la comunidad. Puede ser interpretada como un amento del capital social comunitario y de algunas personas (en especial las que han sufrido de procesos de exclusión social) (cómo se citó a Gell-Mann en Machín, 2010).

Ergoterapia

Guzmán (2008) señala que la Terapia Ocupacional abarca el estudio de todas las etapas de individuo que permite profundizar e investigar en diversas áreas, para que desde su experiencia y resultados se facilite el aporte a muchos conceptos que son transversales que pueden constituir en el conocimiento nuevo para la sociedad.

Esta disciplina es una que ha realizado más aportes para el desarrollo del hombre buscando mejores condiciones de todo aquello que le rodea tratando de obtener su máximo rendimiento y bienestar, enriqueciendo a su vez el entorno físico en que éste se desempeña haciendo uso de ciencias como la biología, anatomía, fisiología, psicología, matemáticas, entre otras.

Conocer el inicio y evolución de la ergonomía es un aspecto fundamental cuando se trata de planear, diseñar, corregir o utilizar máquinas, materiales, equipos o herramientas. (Guzmán, 2008).

La Terapia Ocupacional se relaciona con las actividades presentes en la evolución del hombre. Su auge comienza a principios del siglo XX con los movimientos humanista y

humanitaria, el desarrollo de las artes y oficios en el siglo XIX, los avances tecnológicos, los éxitos en física y astronomía, los cambios políticos, el desarrollo industrial siendo todo esto las repercusiones de muchos riesgos para la salud del individuo, al ambiente y el entorno.

Jiménez-Echenique (2018) señala que su objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria mediante la rehabilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar o mediante la modificación del entorno para que este refuerce la participación. Utiliza el enfoque centrado en el paciente para capacitar el desempeño ocupacional y promueve el bienestar dentro del entorno para poder incrementar la calidad de vida.

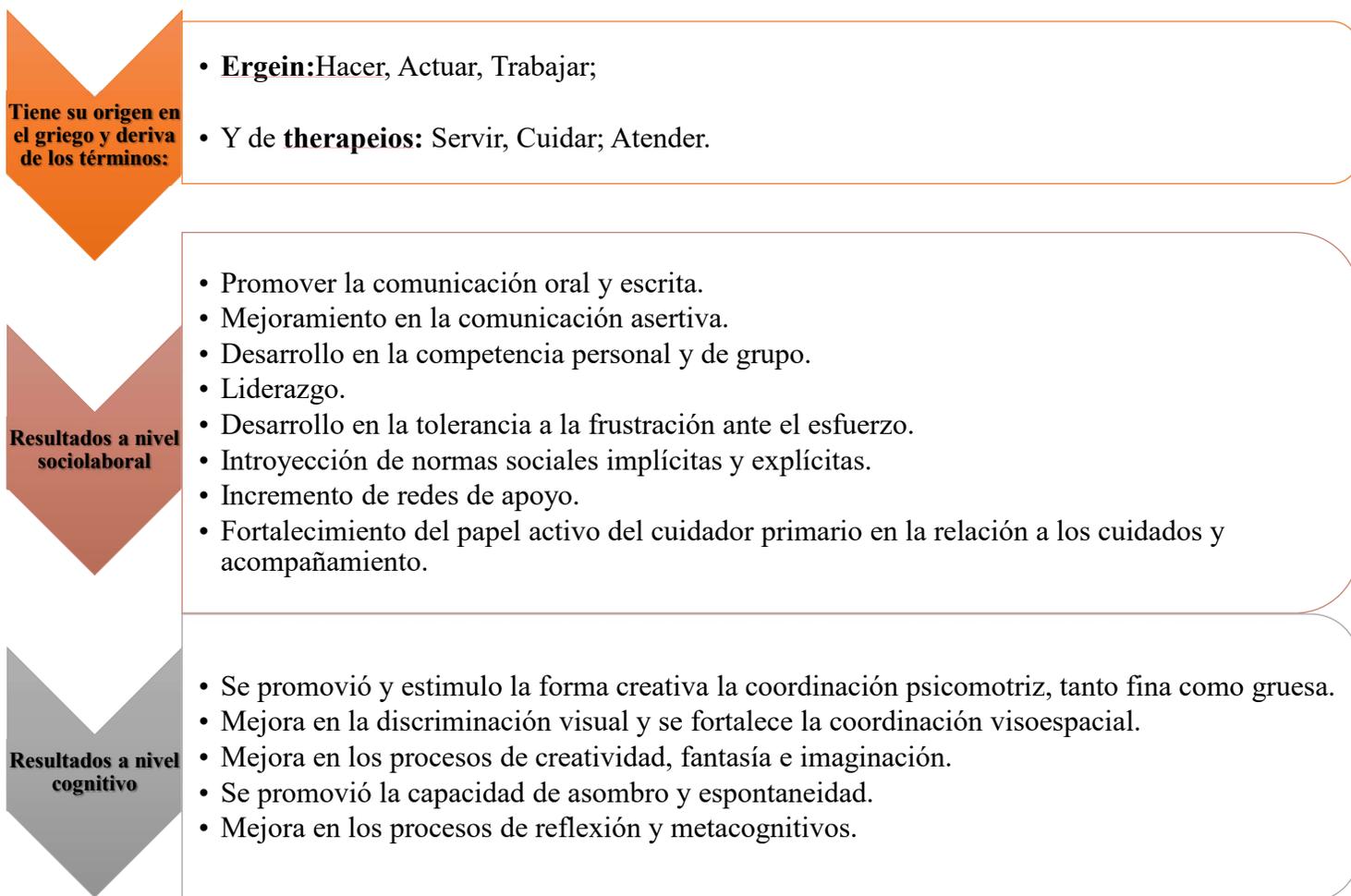


Figura 3. Origen y resultados cognitivos y sociolaborales de la Ergoterapia.

Empleabilidad.

Se entiende como una condición de preparación para afrontar las demandas inmediatas o futuras del mercado de trabajo que revela los recursos del trabajador y su capacidad de utilizarlos en el trabajo. Radica en la importancia de identificar los procesos de socialización que conllevan la construcción de estrategias de desarrollo y la elaboración de las evaluaciones para la producción de la empleabilidad.

Formación basada en competencias.

Se puede interpretar como autoridad, incumbencia, capacitación, habilidad, capacidad, competición, calificación, suficiencia, etc. Una persona es competente si sabe hacer las cosas, entiende lo que está haciendo y comprende las implicaciones de sus acciones.

Nos damos cuenta de ese **SABER HACER** cuando el perfil personal determinado por medio de la evaluación laboral y de actitudes explorados a través de una simulación laboral, los conocimientos adquiridos en la formación y en la práctica.

Las variables asociadas a la inserción laboral son:

- Habilidades y competencias sociales.
- Habilidades y competencias laborales.
- Habilidades físicas y capacidades residuales.
- Habilidades comunicativas.
- Salud y seguridad.
- Uso adecuado del tiempo libre.
- Capacitación o entrenamiento técnico específico.
- Gestión del tiempo.
- Cohesión de grupo.
- Acompañamiento profesional por parte del consejero laboral.
- Orientación vocacional.
- Nivel de educación y formación.
- Red familiar (Redes de apoyo).

- Instrumentos de evaluación de los procesos.
- Oferta y demanda de empleo.
- La meta-evaluación de procesos.
- La formación profesional del equipo de trabajo que interviene.

Por lo tanto, el proceso de evaluación se engloba en tres preguntas:

¿Qué quiere?, ¿Qué sabe?, ¿Qué puede?.

Justificación.

Se considera la importancia y utilidad de un diseño de trabajo grupal acompañado por un método de trabajo que se divide en fases, viniendo de una mínima de complejidad (inducción al grupo) y una máxima de complejidad (posibilidad de inserción sociolaboral) mediante la técnica de vitromosaico convirtiéndose en el medio y no en el fin.

La ergoterapia resulta favorable en los pacientes en su propósito de lograr su rehabilitación psicosocial a través del aumento de las habilidades socio laborales que incrementan la empleabilidad y que a su vez se relaciona en la mejora de su calidad de vida y bienestar psicosocial.

Objetivo general de la práctica de servicio.

Se busca incrementar el repertorio de habilidades y competencias sociales, laborales y de planificación en pacientes que asisten al grupo de Ergoterapia mediante la técnica de vitromosaico con el propósito de estimular la empleabilidad para su inserción laboral.

Objetivos específicos de la práctica de servicio.

- Incremento y consolidación significativa de habilidades socio laborales y destrezas operativas en el manejo del vitromosaico.
- Desarrollar la capacidad de elección y toma de decisiones.
- Desarrollar que un encuadre de trabajo estructurado y sistematizado se privilegie en

las buenas prácticas brindando y construyendo posibilidades de inclusión y normalización tomando en cuenta perspectiva de género en personas que viven con algún tipo de discapacidad.

Informe de la práctica.

¿Qué es el INR?

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es una institución de salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada con un enfoque humanístico.

Asimismo, es una institución de tercer nivel líder en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación, Audiología y recientemente en Otorrinolaringología.

¿Por qué el INR?

Es una institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolla la investigación en materia de la discapacidad que permite la creación de recursos líderes en este campo.

Asimismo, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

Área y programa donde se realizó el servicio.

La práctica de servicio se llevó a cabo en la División de Rehabilitación Integral dentro del programa de Rehabilitación Laboral.

Objetivo de la Ergoterapia.

Es el medio por el cual se busca incrementar el repertorio de habilidades y competencias sociales, laborales y de planificación en pacientes que asisten al grupo de Ergoterapia, mediante la técnica de vitromosaico, con el propósito de estimular la empleabilidad para su inserción laboral.

Diagnóstico.

El grupo estuvo conformado por pacientes que eran referidos al área de psicología de rehabilitación desde consulta externa. De acuerdo con la CIF, la CIE 10 y las evaluaciones pertinentes a cada uno de los pacientes los Dx se encontraban en las siguientes condiciones:

- **Parálisis Cerebral Infantil (PCI)**
 - Para Kleinsteuber et al. (2014) el término define a un grupo de trastornos del control del movimientos y la postura, no progresivos, que ocurren por una injuria sostenida sostenida en etapas precoces del desarrollo del sistema nervioso dentro de los primeros 5 años de vida. Sus características esenciales de este síndrome son: 1. Es un trastorno de predominio motor (puede acompañarse de otros déficits), 2. Es una lesión no progresiva (pero sus manifestaciones pueden experimentar cambios con relación al crecimiento y desarrollo del niño; y sin intervenciones apropiadas de neurorrehabilitación puede producirse deterioro músculo esquelético y/o funcional a mediano o largo plazo, 3. La localización de la alteración es cerebral, sobre el foramen magno, 4. Ocurre en etapas de crecimiento acelerado del cerebro, periodo que para algunos concluye a los 3 y otros a los 5 años en que se estima completado un 95% del cerebro, 5. Debe excluirse una enfermedad progresiva del sistema nervioso central.
- **Trastornos del lenguaje (Afasia)**
 - Los trastornos de la comunicación comprenden las alteraciones del lenguaje, el habla y la comunicación y se incluyen dentro de los trastornos del

neurodesarrollo para facilitar las decisiones diagnósticas. Ante la sospecha de trastornos del lenguaje y la comunicación son claves los procesos de identificación y diagnóstico de carácter multidisciplinar para determinar la presencia o no de deficiencias (González & García, 2019).

- La afasia se conceptualiza como un trastorno del lenguaje debido a un daño cerebral orgánico. No incluye alteraciones del desarrollo en el lenguaje o en la articulación del habla. Esta suele ocurrir usualmente en el hemisferio cerebral izquierdo y la función del lenguaje esta relacionada con el concepto de dominancia hemisférica en adultos la cual se localiza en diferentes áreas del hemisferio izquierdo.
- Evento Cerebro Vascular (EVC)
 - Gonzales-Piña & Landínez-Martínez (2016) señala que la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es una pérdida súbita de la función neurológica como resultado de una alteración focal del flujo sanguíneo cerebral debido a una isquemia o hemorragia. Se ubica como la tercera causa de muerte por debajo de la cardiopatía y el cáncer.
- Depresión
 - Del Cid (2021) señala que la depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos. Pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base como cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.
 - Asimismo, la depresión es un trastorno del estado de ánimo donde la principal característica es una alteración del humor y según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales.
- Ansiedad
 - Delgado et al. (2021) menciona que los trastornos de ansiedad (TA) son patologías mentales frecuentes que comúnmente pueden provocar

sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos.

- La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo. Cuando estas situaciones se vuelven cotidianas y perturbadoras para el individuo, se deben evaluar para identificar su connotación de ansiedad patológica.
- Estrés Post traumático.
 - Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2016) el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. La mayoría de las personas presenta reacciones traumáticas después de una experiencia traumática, sin embargo, se pueden recuperar de los síntomas de forma natural pero estas mismas pueden sentirse estresadas o asustadas, incluso cuando ya no están en peligro.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
 - Peralta López (2017) menciona que el TOC se encuentra asociado a otros tipos de padecimientos como depresión mayor, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y abuso o dependencia del alcohol, entre otros. En el trastorno obsesivo-compulsivo se distinguen las obsesiones de las compulsiones, constituyéndose las primeras de pensamientos, ideas o imágenes y las segundas de actos.

Objetivo del diagnóstico.

Fomentar y diversificar el repertorio de habilidades y competencias socio laborales, mediante la técnica de vitromosaico para incrementar y consolidar los perfiles de empleabilidad en personas con discapacidad.

Participantes.

En total se conto con 24 participantes, se dividieron en grupos de 2 con 12 participantes cada uno. Se hizo énfasis en el grupo de los pacientes ya que durante la práctica de servicio se trabajo con ese grupo que osilaba con una edad máxima de 82 años y minima de 16. Cada uno de ellos tenían condiciones distintas que nos permitieron conocer a cada uno de los pacientes física y emocionalmente.

Estrategias de evaluación (Anexo 1)

Se aplicaron pruebas para evaluar conocimientos, habilidades, intereses y personalidad. Estas fueron las siguientes (**Anexo1**):

Aplicación de pruebas psicométricas y pruebas VALPAR.

- Aplicación de Escala EGEP (Escala General de Estrés Postraumático)
- Aplicación de Escala de Resiliencia.
- Aplicación de Escala de Ansiedad Estado/Rasgo.
- Aplicación de prueba PAI.
- Aplicación de Escala SCL-90-R
- Aplicación de pruebas VALPAR 03, 07, 11.
- NOM 035 Rasgos Psicosociales.

Desarrollo (qué se realizo y cómo se realizó).

Durante la práctica de servicio principalmente se intervino con pacientes del INR adultos, mujeres, hombres y adolescentes de consulta externa que cuenten con discapacidad física, mental, auditiva e intelectual. La intervención contempla 7 fases en su totalidad. La fase 1 es la elaboración emisión de convocatoria con formación de primer grupo y línea base de destrezas psicomotoras y de habilidades socio laborales con duración de 2 meses. La fase 2 es el entrenamiento en la técnica de vitromosaico y de las habilidades socio laborales con duración de 3 meses. La fase 3 es el análisis de los resultados del grupo uno con duración de un mes. La fase 4 implica emisión de convocatoria y conformación de segundo grupo

con duración de un mes. La fase 5 (tres meses) y 6 (un mes) son idénticas a las 2 y 3. la fase 7 implica el análisis e integración de los resultados en general con duración de un mes

La práctica se implemento con:

Supervisión.

- Posturas dentro del espacio de trabajo.
- La Bata como representación social y distinción dentro del grupo.
- El hacer dentro del espacio de trabajo. ¿Qué se observó?, ¿Cómo se vivió?, ¿Qué fue lo que se hizo?.

Tareas administrativas.

- Dar consultas a pacientes.
- Ingreso y aprendizaje del SAIH (Sistema Integral de Administración Hospitalaria).
- Realización de notas de primera vez y subsecuentes.
- Realización de carpetas de historia y/o antecedentes médicos y psicológicos de los pacientes.

Desarrollo Setting.

- Creación y acomodo del espacio de trabajo.
- Entrega de material a pacientes y cuidadores.

Acompañamiento terapéutico a pacientes y cuidadores.

- Coloquios a pacientes.
- Escucha activa.
- Asistencia en área de hospitalización.

Sistematización de bases de datos.

- Mejor interpretación y organización de la información recogida para facilitar su análisis.
- Evitar pasar por alto información relevante.

Análisis de casos

- Derivados de la condición de cada uno de los pacientes.
- Retrocesos y progresos en los pacientes.

Glosario

- Diccionario en cuanto a su estructura concepto-definición.
- Búsqueda de palabras que se desconocía su significado.

Diario de Campo.

- Herramienta que me permitió sistematizar las experiencias dentro del campo para analizar los resultados.

La formación en la acción se implemento como estrategia de formación que considera la acción como un medio de formación, siendo una acción que se planifica mediante el diseño y desarrollo orientado a la solución de problemas prácticos en el marco de la actividad profesional.

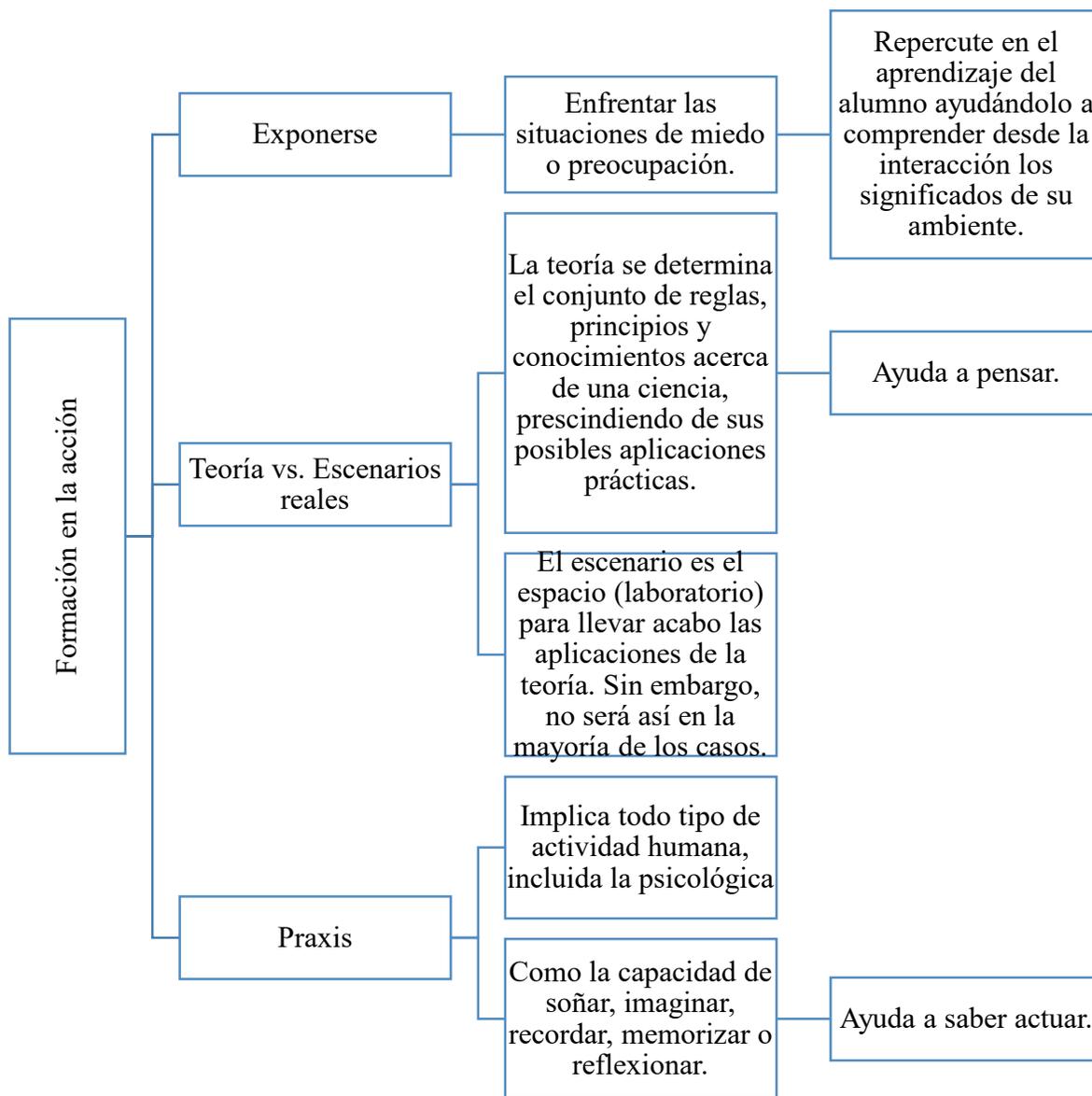


Figura 3. Formación en la acción

Resultados.

Este trabajo centra su atención en mejorar el pronóstico en la inserción sociolaboral y psicosocial mediante la empleabilidad. Asimismo se incremento y consolido significativamente las habilidades sociolaborales y destrezas operativas en el manejo del vitromosaico. El encuadre de trabajo estructurado y sistematizado logra privilegiar las buenas prácticas, brinda y construye posibilidades de inclusión y normalización tomando en cuenta una perspectiva de género en personas que viven con algún tipo de discapacidad.

Conclusiones.

Durante la estancia dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación surgieron reflexiones que a mí como alumna SUAyED me hicieron dar cuenta de que era lo que a mi me fortalecía como futura profesionista dentro del campo de la salud mental tomando en cuenta que mi formación profesional fue casi en su totalidad online. Desde mi perspectiva puedo argumentar que es importante el acercamiento a escenarios reales durante el proceso de formación profesional porque nos brinda el espacio de trabajo así como las herramientas del que hacer que contrastan con los abordajes que nos proporcionan las lecturas en cada uno de los módulos cursados. Por lo tanto, seguir formandome como psicóloga me hace mejorar dentro de mi práctica profesional dentro de los límites y alcances que los psicólogos pueden tener. Finalmente, puedo decir que esta experiencia me deja un aprendizaje en mi vida personal así como la profesional sabiendo que al ejercer mi profesión como psicóloga tengo un compromiso conmigo y con la sociedad tratando de aportar mejoras de bienestar de quienes me rodean así como de aquellos que por atención a la salud mental y física lo puedan llegar a requerir.

Referencias.

- Clasificación Internacional de las Enfermedades Volumen 10 [CIE-10]. (1990)
- Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud [CIF]. (2001)
- Del Cid Corea, T.M. (2021) La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur, Vol. 89, Supl No.1 2021 pp. S1-68. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Delgado et al. (2021) Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula; 35(1), pp. 23-36. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Flores, M. M. (2022). La Ergoterapia en el desarrollo de competencias y habilidades sociolaborales para la conformación de un perfil de empleabilidad.
- González Lajas JJ, García Cruz JM. Trastornos del lenguaje y la comunicación. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 569-577.
- Gonzáles Piña, Rigoberto, & Landinez Martínez, Daniel (2016). Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. Archivos de Medicina (Col), 16(2),495-507. ISSN: 1657-320X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945026>
- Guzmán O. B.: Ergonomía y Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008; volumen 5 (num1): [23p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>.
- Hernández, Manuel, & García, Silvia, & Zárata, Antonio, & Sánchez, Hugo, & González, Armando (2003). Afasia.Un trastorno del lenguaje de fisiopatología compleja y origen multifactorial . Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 8(1),0. ISSN: 1665-7330. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47308104>
- Jiménez-Echenique, J. (2018). La Terapia Ocupacional, Fundamentos de la Disciplina. Revista “Cuadernos” Numero Especial (1). 2010 02-07. ISSN 1652-6776.

- Kleinsteuber et al. (2014). Parálisis cerebral. Revista Pediatría Electrónica. Recuperado de: https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num2/pdf/PARALISIS_CEREBRAL.pdf
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. Redes Revista hispana para el análisis de redes sociales. Vol 18. Recuperado de: http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_12.htm
- Piña López, Julio Alfonso (2010). EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: DE LAS FUNCIONES A LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES. Enseñanza e Investigación en Psicología, 15(2),233-255.[fecha de Consulta 6 de Junio de 2022]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980001>
- Peralta López, José Raúl (2017). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las esiciones iv y v del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Enseñanza e Investigación en Psicología, 22(2),223-228.ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774009>

Anexos.

- Aplicación de Escala EGEP (Escala General de Estrés Postraumático)

EGEP

HOJA DE CORRECCIÓN

Nombre y apellidos **Eva**

Edad **28** Sexo V M Fecha **1 3 / 0 3 / 2 0 1 3**

Centro **Asociación de víctimas**

Responsable de la evaluación **TEA Ediciones**

ACONTECIMIENTO SUFRIDO

Asesinato de mi madre de un disparo mientras andábamos por la calle hablando.

EXPOSICIÓN A ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

| Criterio A1. Se cumplen las dos condiciones siguientes: | SÍ | NO | Información incompleta |
|--|-------------------------------------|----|------------------------|
| Ítems 1 a 12: Ha marcado al menos 1 acontecimiento traumático. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Ítem 15: Ha marcado una respuesta distinta a "En el último mes". | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Criterio A2 | SÍ | NO | Información incompleta |
| Ítems 17, 18 o 19: Respuesta afirmativa en cualquiera de ellos. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Criterio A | SÍ | NO | Información incompleta |
| Se cumplen los criterios A1 y A2. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

REEXPERIMENTACIÓN (R)

| | | | |
|--|-------------------------------------|----------|------------------------|
| Número de síntomas. Ítems 28 a 32: N.º de contestaciones afirmativas. | (0-5) | 3 | |
| Intensidad de los síntomas. Ítems 28 a 32: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia). | PD (0-20) | 7 | → Traslado al perfil |
| Criterio B | SÍ | NO | Información incompleta |
| Puntuación igual o superior a 1 en Número de síntomas. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

EVITACIÓN Y EMBOTAMIENTO AFECTIVO (E)

| | | | |
|--|-------------------------------------|-----------|------------------------|
| Número de síntomas. Ítems 33 a 39: N.º de contestaciones afirmativas. | (0-7) | 3 | |
| Intensidad de los síntomas. Ítems 33 a 39: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia). | PD (0-28) | 10 | → Traslado al perfil |
| Criterio C | SÍ | NO | Información incompleta |
| Puntuación igual o superior a 3 en Número de síntomas. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

HIPERACTIVACIÓN (H)

| | | | |
|--|-------------------------------------|-----------|------------------------|
| Número de síntomas. Ítems 40 a 44: N.º de contestaciones afirmativas. | (0-5) | 4 | |
| Intensidad de los síntomas. Ítems 40 a 44: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia). | PD (0-20) | 12 | → Traslado al perfil |
| Criterio D | SÍ | NO | Información incompleta |
| Puntuación igual o superior a 2 en Número de síntomas. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |



Autoras: María Crespo López y M.ª Mar Gómez Gutiérrez. - Copyright © 2012 by TEA Ediciones, S.A. Edita TEA Ediciones, S.A. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en una sola tinta es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Prohibida la reproducción parcial o total. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

- Aplicación de Escala de Resiliencia.

ESCALA DE RESILIENCIA DE AGNILD Y YOUNG
(Versión traducida final)

| ÍTEMES | En desacuerdo | | | | | | | De acuerdo | | | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Cuando planeo algo lo realizo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8.- Soy amigo de mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9.- Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10.- Soy decidida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12.- Tomo las cosas una por una. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14.- Tengo autodisciplina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15.- Me mantengo interesado en los cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16.- Por lo general, encuentro algo de qué reírme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21.- Mi vida tiene significado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- Aplicación de Escala de Ansiedad Estado/Rasgo.

N.º 124

STAI

| | | | | |
|-------|----------|---|---|---|
| A / E | P D = 30 | + | - | = |
| A / R | P D = 21 | + | - | = |

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasosegado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy «atado» (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1988, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Doganzo, 15 dpto.; Madrid-2 - Depósito legal: M.-

A

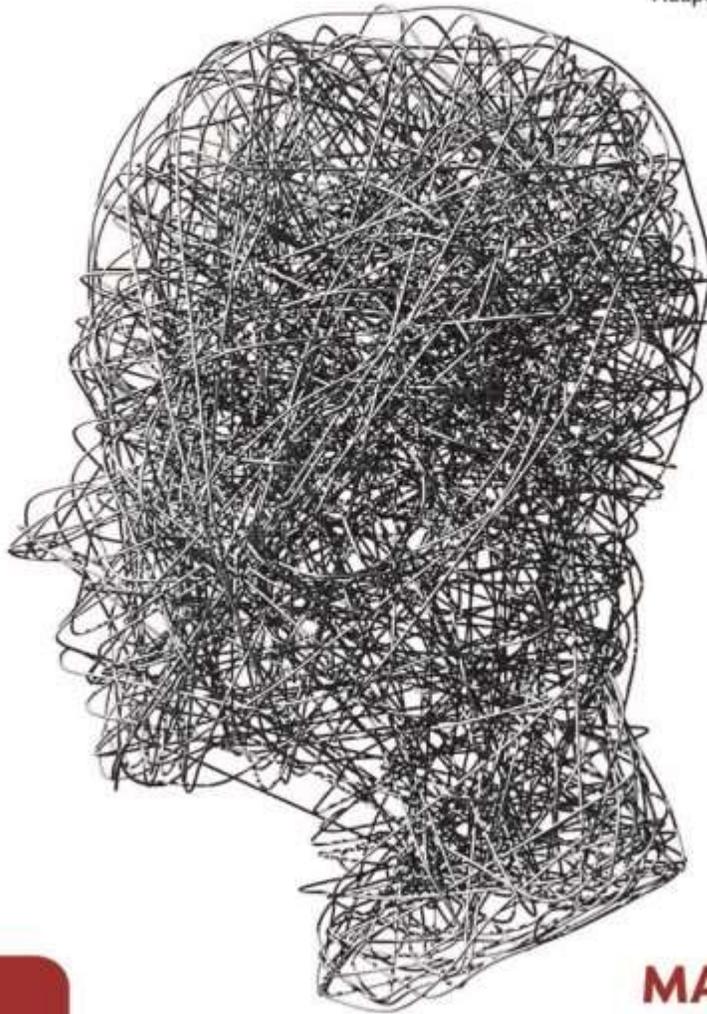
- Aplicación de prueba PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Leslie C. Morey

PAI

Adaptación española:
M. Ortiz-Tallo
P. Santamaría
V. Cardenal
M^a. P. Sánchez



**MANUAL
TÉCNICO**

- Aplicación de Escala SCL-90-R



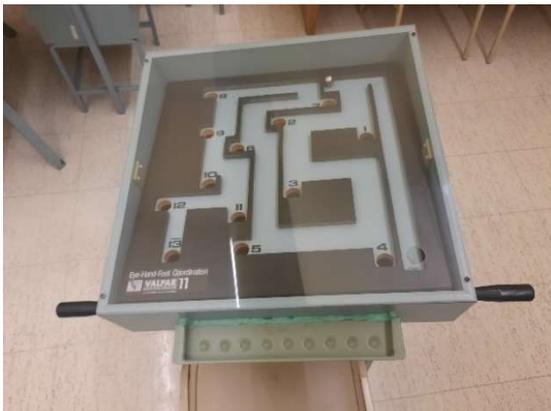
- Aplicación de pruebas VALPAR 03, 07, 11.



VALPAR 03 Archivar,
clasificar y organizar.



VALPAR 07 Discriminación de
colores. Percepción visual.



VALPAR 11 Coordinación
Ojo-Mano-Pie.

- NOM 035 Rasgos Psicosociales.

