

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

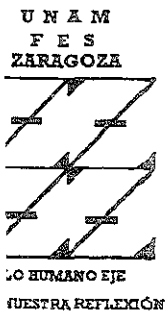


FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"EVALUACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION PSICOLOGICA EN UNA ESCUELA DE SORDOS".

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PEREZ CEBALLOS LILIA

ASESOR: JOSE LUIS ESCORCIA



MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres.

*Por su amor, paciencia y apoyo
incondicional en todo momento.*

A Oscar.

*Porque me haz enseñado
el verdadero amor de la amistad
y del amor, sin pedir nada a cambio*

ÍNDICE.

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1.	
EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.....	16.
Aspectos generales.....	16.
Revisión histórica de la Educación Especial en México.....	19
Evaluación.....	25.
Diagnóstico Diferencial.....	28
Intervención.....	29.
CAPÍTULO 2.	
SORDERA E IMPLICACIONES.....	33.
Anatomía del oído humano.....	33
Etiología y clasificación de la deficiencia auditiva.....	34.
Nivel de pérdida	34
Tipo de pérdida.....	35
Clasificación audiológica y Pedagógica.....	37
Audiometría clínica.....	38
Edad de aparición de la deficiencia auditiva.....	41
Causas de la deficiencia auditiva.....	42.
Consecuencias de la pérdida auditiva sobre el desarrollo.....	44
Personalidad y desarrollo emocional.....	46
La inteligencia.....	52
Algunas consideraciones de la evaluación de la inteligencia.....	56.
Técnicas de Intervención.....	59.

CAPÍTULO 3.

INSTRUMENTOS APLICADOS CON

LA POBLACIÓN ATENDIDA.-----	66.
Test de Matrices Progresivas para la Medida de la Capacidad Intelectual de Raven-----	67.
Test de la Figura Humana de Goodenough.-----	74.
El Test del Dibujo de la Familia de Corman.-----	80.
Test Visomotor de Bender.-----	83

CAPÍTULO 4.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL

INSTITUTO ROSENDO OLLETA (I.R.O.).-----	87.
Delegación política.-----	88.
Localización geográfica.-----	88.
Ubicación del I.R.O.-----	88.
Antecedentes históricos de I.R.O. -----	89.
Tipos de Servicios que presta a la Comunidad el I.R.O.-----	92.
Recursos Humanos.-----	94.

CAPÍTULO 5.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.-----	96
Nivel Institucional.-----	96.
Nivel estudiantil -----	96.
Nivel programa.-----	97.
Nivel pasante.-----	97.

CAPÍTULO 6.

IMPACTO DEL PSICÓLOGO EN LA COMUNIDAD DEL I.R.O.-----	99
Población atendida.-----	99.
Labor desarrollada en el Servicio Social.-----	101.
Diagnóstico Institucional. (Etapa 1)-----	102
Evaluación y Diagnóstico en 3 casos (Etapa 2).-----	105.
Elaboración y Aplicación de Programa (Etapa 3)-----	115.
Evaluación y Diagnóstico en 4 sordos (Etapa 4).-----	124.
Evaluación y Diagnóstico Individual y Global de toda la Población del I.R.O. (Etapa 5) -----	126.
Elaboración de Programa Enfocado al Arte (Etapa 6) -----	138.
Intervención Individual en 15 sordos (Etapa 7).-----	142.
RESULTADOS .-----	143.
CONCLUSIONES.-----	161.
BIBLIOGRAFÍA.-----	170
ANEXOS.-----	177

RESUMEN.

Siendo que todo problema auditivo se concibe como una alteración cuantitativa o cualitativa en la correcta percepción auditiva (Bowler y Gardner, 1991), los sujetos sordos requerirán de un trato especial al desarrollar sus habilidades y minimizar deficiencias, dadas sus características particulares de audición. Ejemplo típico es la competencia lingüística donde sus necesidades son más pertinentes que en el oyente, en el caso de que la sordera se presente en etapa prelingüística afectando entonces la adquisición natural del lenguaje y por tanto se requerirá de una mayor estimulación y uso del sentido no dañado: visión, así como de los restos auditivos. Este hecho se vuelve más complejo puesto que vivimos en un mundo donde predomina el habla para interactuar socialmente.

En concreto se tiene que en México, aún predomina una cultura de rechazo y subestimación hacia ésta población, y es esto último lo que puede ocasionar la presencia de "problemas" en las áreas cognitiva y afectiva debido a que se le margina y aísla al sujeto al no brindarle algún medio para comunicarse que pueda adquirir, ya que no se le atiende oportuna ni adecuadamente (Aguilar, 1994).

Podría ser la sordera un evento a ignorar, pero la realidad niega lo anterior:

En México existe una demanda potencial de 244 865 casos con problemas de audición así como Lenguaje y únicamente son atendidos 8128; por tanto se cubre de forma parcial e insatisfactoriamente la misma (Acle, 1995).

Todo lo anterior fundamenta la razón de la existencia del presente trabajo. Se tiene entonces, que el mismo constituye el reporte de actividades de Servicio Social realizado con la comunidad Sorda adolescente y adulta del Instituto Rosendo Olleta (I.R.O.) de la cual 52 son mujeres y 49 hombres.

La problemática a considerar en este reporte es el área de la deficiencia auditiva y sus implicaciones, pero enfatizando más en sus consecuencias dentro del área afectiva y cognitiva, para implementar tareas en materia de evaluación, diagnóstico e intervención, con la finalidad de llegar a soluciones concretas.

Los propósitos al plantear dicha problemática se resumen en estas acciones: a) evaluar y diagnosticar el área cognitiva y afectiva en el sordo, b) diseñar un plan de intervención (programa o programas) que cubra las necesidades diagnosticadas tanto a nivel individual como grupal y c) desarrollar y aplicar el plan de intervención en casos específicos.

Este trabajo se divide en una parte teórica y otra práctica. En la primera, se abordan temas como lo es la Educación Especial en México, Sordera e implicaciones, Fundamentación de los instrumentos aplicados, Características generales del I.R.O. y Objetivos del Servicio Social.

En la parte práctica que se aborda en el capítulo 6, se desarrollan todas las actividades vinculadas con la problemática y propósitos ya planteados. Entre las actividades que se enfocan de lleno a los criterios anteriores, se puede mencionar aquella dirigida a 3 sujetos, en la cual se aplicó un diseño Univariable Bicondicional denominado A-B, siendo la primera etapa o condición la evaluación y diagnóstico individual en 3 casos, y la segunda etapa se caracterizó por aplicarse la Variable Independiente de interés, que fue el programa de Intervención.

De este diseño experimental se obtuvo un incremento notable en las conductas (Ver Tablas 9, 10, 11,12, 13, 14 Y 15; en Resultados) de las áreas donde se intervino y por tanto se siguió el mismo procedimiento, (evaluar y aplicar este programa haciendo

las modificaciones pertinentes en cada caso) en otros 15 individuos, donde se obtuvieron también un aumento considerable, en la adquisición de habilidades en las esferas donde se aplicó el programa. Los resultados arrojan la importancia de la Evaluación, Diagnóstico e Intervención como herramientas para coadyuvar en el mejoramiento de la adaptación del sordo, al medio social, del que forma parte a través del desarrollo máximo de su potencial, siendo este último punto tratado ampliamente en el apartado de Conclusiones, así como también se abordan propuestas y sugerencias dirigidas al I R O., para el prestador de Servicio Social, la Carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, así como reflexiones de la experiencia personal adquirida en el Servicio Social

INTRODUCCIÓN.

A pesar de que no hay estadísticas confiables en el mundo, en relación a la cantidad de personas que necesitan servicios de Educación Especial, se calcula que en el año 1990 había 500 millones y que en el año 2000 aumentarán a 600 millones, lo que significará una persona con alguna deficiencia física, mental o sensorial por cada diez habitantes del mundo (Fabila, 1995).

Aunado a esto, de acuerdo a las estadísticas internacionales, en países como México, un 12% representa a la población ya mencionada, lo cual implica que en nuestro país suman alrededor de 10 millones, y se calcula que para el año 2000 habrá 5 millones más de éstas personas con necesidades especiales (Carrillo, 1996).

Retomando las cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la familia nuclear promedio es de 5 miembros, reportándose alrededor de 18 millones de familias. Si se presentara un sólo miembro con alguna deficiencia física o mental en la familia, resultaría que el 50% de las familias mexicanas viven con miembros que demandan una Educación Especial (1992).

Nuevamente el INEGI (1992), reporta que para el ciclo escolar 1992-93, al inicio de cursos del Sistema Educativo Nacional, se atendieron a 249,818 casos, de los cuales el 7% presentaba trastornos de audición y lenguaje, mientras que en el Distrito Federal se atendieron un total de 48, 525 sujetos con algunos de los déficits ya referidos; se vieron beneficiados en el aspecto educativo.

Sin embargo la información antes comentada varía en parte con la proporcionada por la Dirección General de Educación Especial (1994), la cual también asegura que en 1992 se sigue observando que la demanda potencial de la persona con requerimientos especiales que se traducen en un 12% (es decir, 4,330,841 casos) es mucho mayor que la población que es realmente atendida y que simboliza alrededor del 4.70% (equivalente a 203,389 individuos), y en relación a los problemas de audición y lenguaje, existe una demanda potencial de 244 865 casos; siendo que ésta no es

cubierta satisfactoriamente a nivel de Educación Especial, ya que son atendidos únicamente 8128 de los mismos

De esta forma se puede decir, que dichas cifras muestran el reducido número de población con deficiencia auditiva que es beneficiada en relación al número total de personas que presentan éste déficit sensorial.

Además los motivos previamente citados para brindar un apoyo especial al sector de población ya nombrado, se tornan justificables tomando en cuenta que en cualquier deficiencia sensorial se afirma que deprivaciones de ésta índole durante los primeros meses de la vida, imponen defectos permanentes en el desarrollo, que más tarde alteran la capacidad de aprender por medio de los sentidos. En el hombre esta hipótesis parece bien establecida en lo que respecta al aprendizaje perceptual y cinestésico (Kolb, 1977).

En el caso específico de la deficiencia auditiva, la presencia de ésta (a una edad muy temprana) disminuye las vías de acceso a las adquisiciones de estímulos de origen externo, alterando a la vez las condiciones de desarrollo de diversas áreas como son: cognición, social, afectivo y principalmente el lenguaje (Acle, 1995, Benoit y De Torero, 1995, Davis y Silverman, 1990, Flores y Berruecos 1991, Marchesi, 1987, Wood, 1991).

La razón de que sea más considerable la repercusión de un problema de sordera en el desarrollo general de un sujeto, en comparación con otras deficiencias sensoriales (por ejemplo las visuales), se debe a que el individuo que manifiesta una alteración auditiva importante (sólo antes de aprender a hablar), presentará dificultades en la adquisición del lenguaje verbal . De ahí el gran impacto que tiene la sordera en el individuo, ya que no se puede negar que el habla es una actividad fundamental de nuestra cultura, empleada para comunicarnos y en general para interactuar activamente sobre nuestro medio.

De lo previamente dicho, se afirma que el lenguaje tiene un carácter significativo en el desarrollo social, afectivo, y cognitivo en una persona (Acle, 1995; Davis y Silverman, 1990, Flores y Berruecos 1991, Gardner, 1984; Gotzens, 1983). Enseguida se expondrá ésto último de forma concisa.

El lenguaje representa para el desarrollo cognitivo, un instrumento que facilita (más no es determinante) ordenar los conocimientos, su almacenamiento y su evocación, ayudando a dominar la diversidad y complejidad de las informaciones, también a analizarlas y a ordenarlas. Es por ésto, que el sordo al no contar con la capacidad de percibir el lenguaje o no percibirlo adecuadamente, se ve limitado su nivel de comprensión y conceptualización, específicamente la verbal (Gardner, 1984).

Aunado a ésto, la relación entre la pérdida de una capacidad sensorial como lo es la audición, la pobreza de un sistema de comunicación a la que muy probablemente conlleva en un sujeto, puede reflejarse en un problema de desajuste afectivo y social (Acle, 1995; Colín, 1985; Gardner, 1984; Gotzens, 1983).

Antes de abordar este último punto, se aclara que para los fines de éste trabajo se manejan los conceptos afectivo-emocional, como sinónimos, ambos involucrados en el aspecto social y aunque éstos no son sinónimos directos, tienen una estrecha relación entre si. Explicado ésto, se procede a exponer el tema planteado.

Si bien, no es una regla el que exista una correspondencia directa entre la severidad de la pérdida sensorial y un impacto emocional, lo cierto es que grandes pérdidas pueden coadyuvar en la formación de problemas serios de aislamiento y desajuste con el medio social (Blackburst y Berdine, 1981), tomando en consideración que la capacidad auditiva así como el desarrollo de un lenguaje son empleados en las relaciones sociales, además mostrando ambos elementos íntima influencia en la conducta del hombre, en el desarrollo de actitudes, sentimientos, prejuicios, tendencias y otros factores culturales, a través de la retroalimentación auditiva que le permite ai

individuo monitorear sus propias expresiones y de las personas que se encuentran a su alrededor (Acle. 1995 Gardner. 1984; Gotzens, 1983).

A su vez igualmente se puede ver afectada el área emocional, ya que muchos temores van ligados al lenguaje y también varios de ellos se apaciguan con las palabras tranquilizadoras del adulto. Todos los niños precisan afecto y seguridad y estas necesidades no se satisfacen con facilidad en el caso del sordo en su infancia (Acle. 1995 Colín. 1985 Gardner 1984; Gotzens, 1983)

Otro dato en el que hay que puntualizar, es el hecho de que una forma habitual de descarga de agresividad pasa por el lenguaje; y a medida que el niño crece, las emociones se socializan, pierden su violencia a nivel del cuerpo y se expresan cada vez más por medio del lenguaje. Por esto muy posiblemente para el sordo, la cólera expresada por el cuerpo o por el gesto será durante largo tiempo, su forma de expresión

Otra característica del niño sordo, se relaciona con los problemas que presenta en la ejecución de diversas actividades, pues cuando hace una tarea no puede percibir auditivamente los gestos y concentrarse en la tarea, originando frustración cuando éstos son difíciles (Gardner 1984)

Es importante mencionar que una de las perspectivas que frecuentemente se destina para abordar el impacto de la sordera en el aspecto emocional es la psicoanalítica ya que ésta se apoya en el hecho ineluctable de las dificultades precoces provenientes de su medio y obviamente, principalmente de su ambiente familiar, a las que se deberá enfrentar el sordo, y que por tanto serán determinantes en su evolución psicológica (Benoit y De Torero. 1995; Núñez. 1991)

Por toda la complejidad que distingue a la deficiencia auditiva, y viendo que ésta puede afectar áreas del desarrollo cuyo estudio le compete a la psicología, es innegable la participación del psicólogo en la resolución de los problemas que presenta el sordo

y social en general (Acle 1995, Morris y Blatt, 1990) De esta forma el sujeto mediante la intervención llegaría a reconocer sus limitaciones, pero a su vez descubriendo y explotando al máximo sus potencialidades

Otro punto que es vital enfatizar es que el diseño de la intervención: sólo es posible a partir de los resultados que arroja la evaluación, de ahí su trascendencia de la última (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985: Fallén y Macgovern, 1978, Gosálbez, 1983)

Pero también la evaluación necesita del apoyo del diagnóstico, el cual hace referencia a un procedimiento que forma parte del proceso de la evaluación, y su valor estriba en que su función no sólo se reduce en distinguir al sujeto, sino que se complementa con el objetivo de lograr discernir la dinámica del funcionamiento global de éste, determinando a su vez el grado de magnitud del problema sensorial, lo cual conduce a que se le otorgue una atención adecuada y por tanto con un mayor beneficio (Acle, 1995, Kirk y Gallagher, 1989)

En lo correspondiente nuevamente al proceso de evaluación como fue indicado éste se vincula con la recopilación de datos de diversa índole, entre algunos de los que se pueden nombrar se tienen la entrevista para padres, así como la dirigida a otras personas que observan regularmente al evaluado, la recolección de historias clínicas, sociales, etc

Es muy importante que éstos datos a su vez, se apoyen en la administración de pruebas con criterios de referencia, ya que de esta forma los objetivos de la evaluación se cubren, es decir el lograr el establecimiento de relaciones causales, alcanzar la certeza en las medidas efectuadas y por tanto garantizar la consistencia de los diagnósticos (Colin, 1985: Forns, 1993).

Por ende, este hecho debe emplearse al evaluar al sordo, pero tomando en consideración ciertos aspectos en la evaluación del mismo. Por ejemplo, no hay que

olvidar que las características que tome el estudio del sordo, son determinantes para los resultados obtenidos.

En el caso del rendimiento cognoscitivo, es evidente que para algunos tipos de respuesta, el sordo presenta una manifiesta inferioridad, mientras que para otros, en los que no intervienen las estructuras mentales afectadas por la falta de información verbal, se pueden obtener respuestas iguales o superiores a la media (Colin, 1985; Ramírez, 1982; Suria, 1974).

Es significativo citar a Furth (1981), ya que éste al respecto opina que una de las barreras formidables para evaluar el área cognoscitiva y emocional en población con alteración auditiva, es la habilidad del examinador para comunicar las dimensiones esenciales de la tarea, y para proveer al sujeto una forma de respuesta que no le penalizara por su falta de habilidad que casi siempre lo caracteriza en el lenguaje verbal.

De esta forma se afirma que el lenguaje empleado por el examinador, afecta el rendimiento en el instrumento aplicado. Por todo lo anterior, el estudio del área cognoscitiva, así como afectiva en sujetos con problemas auditivos, se ha realizado principalmente con pruebas que se caracterizan por un menor predominio verbal (Colin, 1985; Marchesi, 1987).

Pasando a otro rubro, en lo relativo a instancias de atención y servicios en el ámbito de la Educación Especial de la Deficiencia Auditiva (o sordera); sobresale la Organización No Gubernamental (O.N.G.) denominada Instituto Rosendo Olleta (I.R.O.); éste debido al prestigio que lo avalan sus 38 años de experiencia en la atención a población de escasos recursos económicos con problemas auditivos por medio de programas educativos, que se han aplicado y adecuado a cualquier sujeto que presenta este problema, a fin de promover en general la formación integral del sordo y lograr su integración productiva en la sociedad (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994).

Como parte del Programa de Servicio Social Multidisciplinario (PSSM) para personas con discapacidad al cual pertenece el I.R.O., éste último representa una opción significativa para cualquier prestador del servicio interesado en el campo de la Educación Especial y en concreto en la temática relacionada con la Deficiencia Auditiva; ya que este centro permite al mismo, el trabajo directo con individuos que presentan alteraciones auditivas, jugando el prestador un papel notable en la innovación de alternativas para la solución de las necesidades halladas en cada caso, profesionalizando así la atención a los alumnos de éste instituto

Debido entonces a lo joven que resulta la sordera (o deficiencia auditiva) como campo de estudio para la psicología, además siendo que su demanda de servicios crece rápidamente, se agrega a ésto el hecho de lo significativo que se torna éste déficit sensorial por las repercusiones que tiene en el desarrollo de diversas áreas del individuo y que el abordaje de las mismas entran dentro del campo de la Psicología y finalmente, tomando en consideración las facilidades así com las oportunidades que ofrece el I.R.O a los prestadores del Servicio para desempeñar un trabajo directo y profesionalizado con población que presenta problemas sensoriales, es por ésto que decidí en ésta Institución prestar mi Servicio

Por tanto el presente trabajo constituye el reporte de actividades de Servicio Social que realizó la autora en el área de la deficiencia auditiva, cuya problemática que aborda es el área ya citada (la deficiencia auditiva) y las implicaciones a las cuales conlleva ésta, haciendo mayor hincapié principalmente en las consecuencias que tiene en el área afectiva y cognitiva con el fin de brindar un conocimiento amplio y completo del sordo, y por tanto delimitando líneas de acción, que definitivamente vayan dirigidas a reconocer la importancia de implementar tareas en materia de evaluación, diagnóstico e intervención, para realmente contribuir en soluciones concretas, a esta problemática.

De esta manera este reporte de Servicio Social sintetiza la labor llevada a cabo en el I.R.O , enfatizando principalmente aquellas actividades ligadas con la aplicación

de éstos conceptos mencionados, es decir; evaluación, diagnóstico e intervención, puesto que los propósitos al plantear dicha problemática como lo es la deficiencia auditiva, se pueden resumir en general en las siguientes acciones: 1) evaluar y diagnosticar el área cognitiva y afectiva en el sordo; 2) diseñar un plan de intervención, (programa o programas) que cubra las necesidades diagnosticadas a nivel individual y grupal y 3) desarrollar y aplicar el plan de intervención en casos específicos.

Para poder abordar la problemática ya citada, el contenido de este reporte está organizado de la siguiente forma.

El marco teórico presentado en el capítulo 1, se caracteriza por analizar la importancia de la Educación Especial así como sus necesidades actuales, nombrando para éstos aspectos generales de la misma, como son su campo de estudio, características de la población con la que trabaja, servicios que proporciona, se hace también una revisión breve de la historia de la Educación Especial en México, estableciendo finalmente como áreas primordiales de abordaje la Evaluación, Diagnóstico e Intervención.

En el capítulo 2 se considera la complejidad de la deficiencia auditiva, implicaciones que tiene en el desarrollo del individuo, así como alternativas de solución, para lo cual se abarca su definición, etiología y clasificación de la misma, edad de aparición, consecuencias y técnicas de intervención comúnmente empleadas.

El capítulo 3 da a conocer los instrumentos administrados a la población del I.R.O. (Test de Raven, Goodenough, Test de la Familia y Bender) a lo largo del Servicio Social, y patentizando también su empleo, como herramientas evaluativas adecuadas para el deficiente auditivo. Por lo anterior este capítulo contiene las bases teóricas de cada test utilizado, breve bosquejo histórico de los mismos, su descripción general, validez y áreas de aplicación.

En el capítulo 4 se menciona la delegación política a la que pertenece el I.R.O., su ubicación geográfica de ésta, así como la ubicación precisa de este Instituto.

Asimismo se abordan los antecedentes históricos del Centro, características, tipos de servicios que ofrece, además de los recursos humanos con los que cuenta.

Dentro del capítulo 5 quedan asentados los objetivos generales que a nivel institucional y estudiantil han sido estipulados por la Coordinación de Servicio Social de la FES Zaragoza, los objetivos específicos del programa de Servicio Social dentro del I R O . y los objetivos personales a nivel pasante

El capítulo 6 tiene como objetivo principal analizar y reflexionar la contribución del psicólogo como prestador de Servicio Social en la toma de decisiones ante las demandas del deficiente auditivo, contextualizando éste hecho en el I R O., de esta forma se resumen las actividades aplicadas en la comunidad: diagnóstico, evaluación e intervención en el área social y afectiva, académico-cognitiva, subárea de lecto-escritura, percepción espacial, matemáticas y otras funciones cognitivas. Igualmente se especifican las características de la población

El último apartado comprende los resultados, y análisis de éstos, conclusiones y propuestas a considerar

Finalmente se especifica que el presente trabajo, puede ser retomado por futuros prestadores de Servicio Social, que tengan la posibilidad de atender a individuos con problemas de audición y lenguaje Asimismo es una propuesta de atención psicológica al I R O , y a las personas que presentan problemas en las áreas de percepción visual comunicación, matemáticas, social y afectiva, cognitiva entre otras

CAPITULO 1.

EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.

ASPECTOS GENERALES.

En su sentido más amplio, la educación se deriva de las experiencias generales de la vida e implica la iniciación de los individuos en la cultura o sociedad. La educación incluye aspectos de la crianza de los individuos, el aprendizaje de valores y de costumbres sociales y el desarrollo del conocimiento sobre la forma en que la sociedad actúa. En una perspectiva ideal, la educación permite a la persona participar en la sociedad de un modo significativo y efectivo.

La educación es parte integral de la sociedad y supone la transmisión de conocimientos y la activación del aprendizaje a través de la experiencia vital de la educación formal.

El objetivo implícito (y a veces explícito) de la educación es la adaptación social. El impacto de nuestro aprendizaje formal e informal proporciona la base para interacciones con los que nos rodean. Dado en infinito número de permutaciones y combinaciones de experiencias que dirigen nuestro aprendizaje, la educación tiene un significado individual y particular. Hay miembros de la sociedad que han aprendido a adaptarse fácilmente al cambio, mientras que otros requieren una guía específica y experiencias más amplias de aprendizaje para desarrollar destrezas vitales y competencia en la solución de problemas (Ashman y Conway, 1992).

El campo de la educación especial se ha utilizado para referirse a una actividad educativa diferente a la ordinaria, normal o general, también para denominar a un campo de preocupación, de investigación y de aplicación a una realidad concreta de las situaciones excepcionales (Mayor, 1985, citado en Acle, 1995).

Es importante enfatizar que normalmente médicos, psiquiatras y psicólogos tradicionales tienden a denominar a los individuos con requerimientos de Educación Especial como inválidos, impedidos, anormales, disminuidos o

minusválidos. Estos términos están relacionados con la conceptualización del sujeto como enfermo y pueden llevar a un pronóstico pobre en su educación al no lograr la "cura" de la enfermedad (Carrasco, 1987)

No obstante, otros autores critican las definiciones tradicionales y sus clasificaciones porque se centran en el supuesto de que el individuo es quien se encuentra dañado, nunca que los maestros, la escuela, los métodos de educación o las expectativas de la comunidad puedan ser inadecuadas. En función de dichas críticas propone el término de excepcionales para denominar a dichos sujetos (Dunn citado en Carrasco, 1987)

El campo de la educación especial surge entonces ante la presencia de las diferencias individuales que se evidencian desde la niñez en el momento en el que el niño debe de aprender todo aquello que la sociedad señala que debe de ser aprendido en las escuelas.

Dentro del ámbito de la educación especial, una diferencia estará constituida por una marcada discrepancia en la ejecución de cualquier tipo de tarea en relación con la ejecución de la mayoría. En efecto, la educación especial tiene así que ver con aquellos individuos que son considerados como "la excepción a la regla", excepción que puede traducirse en una ejecución ya sea inferior o ya sea superior en relación, al promedio (Acie 1995, Kauffman, 1981; Kirk y Gallagher, 1989; Myers y Hamill, 1983; Taylor y Sternberg, 1989)

Entre las características de los sujetos excepcionales, se distinguen las siguientes

- 1) Se considera excepcional todo aquel sujeto que difiere en un grado determinado en sus características físicas o psicológicas.
- 2) Ocurre que los programas escolares diseñados para la mayoría de los niños no pueden proporcionar la oportunidad de un ajuste total y progreso óptimo;

3) En este sentido precisan de una instrucción especializada general, o en algún aspecto para lograr un nivel satisfactorio en sus habilidades necesarias.

Por lo cual, la Educación Especial es aquella que proporciona 3 diferentes servicios:

1) Profesionales especialmente entrenados, para dar servicio directo o indirecto para la educación de los sujetos excepcionales, donde se incluyen maestros especiales, consultores, médicos, psicólogos, terapeutas, etc.

2) Contenido curricular especial, que difiere de la educación normal, dado que está diseñado en función de las necesidades y avances del sujeto.

3) Metodología especial, individualización de la enseñanza por medio de técnicas específicas de diseño y aplicación de programas. Y únicamente técnicas que han patentizado su eficacia son las desarrolladas por el psicólogo (Carrasco, 1987).

Conviene también informar que existe otro componente que se considera en la Educación Especial y que hace referencia al ambiente físico, un ejemplo es el que se refiere a las rampas para personas con problemas motores (Acle, 1995).

Por una parte aunque el número de categorías y términos empleados varían de país en país, para los fines de la educación especial se han establecido las siguientes

- a) Deficiencia mental
- b) Problemas de Lenguaje.
- c) Problemas de Aprendizaje.
- d) Problemas Auditivos.
- e) Problemas Visuales.
- f) Problemas Físicos.
- g) Problemas Emocionales.
- h) Personas Sobresalientes.
- i) Múltiple invalidez (Acle, 1995).

REVISIÓN HISTÓRICA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.

Corresponde a Don Benito Juárez, la primera iniciativa para brindar atención educativa a personas con requerimientos de educación especial, ya que éste en 1867 fundó la Escuela Nacional de Ciegos.

El doctor José de Jesús González en 1924 comenzó a organizar una escuela para débiles mentales en la ciudad de León, Guanajuato. Asimismo, el Profesor Salvador M. Lima fundó una escuela para débiles mentales en la ciudad de Guadalajara (Carrasco, 1989, García, 1991, Secretaría de Educación Pública: SEP, 1985).

El doctor José de Jesús González en 1929 planteó la necesidad urgente de crear una escuela modelo en la ciudad de México. Luego en 1932, un año antes de su muerte, tuvo la satisfacción de asistir a la inauguración de la escuela que lleva su nombre y que fundara el doctor Santamarina en el local anexo a la Policlínica No. 2 del Distrito Federal (SEP, 1985).

Así mismo, el Dr. Rafael Santamarina y el maestro Lauro Aguirre concibieron la necesidad de implementar en México técnicas educativas actualizadas y organizaron el Departamento de Psicología e Higiene Escolar, dependientes de la S.E.P., el cual se encargó de realizar diversas investigaciones dando apertura a la Escuela de Recuperación Física en agosto de 1932 (García, 1991; Vázquez, 1985).

Por otro lado en 1935 el doctor Roberto Solís Quiroga, que fuera gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces ministro de Educación Pública, licenciado Ignacio García Téllez, lo imprescindible que era institucionalizar la educación especial en nuestro país, en un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado (SEP, 1985, García, 1991: Rivera, 1984).

En 1937 se fundó la Clínica de la Conducta y Ortografía, y durante casi 20 años funcionaron en el país únicamente estas instituciones de carácter oficial.

En 1941 el entonces ministro de la Educación, licenciado Octavio Vejar Vázquez, propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial. Para lograr este objetivo hacía falta modificar la Ley Orgánica de Educación (Carrasco, 1989, SEP, 1985).

Así se procede en diciembre de 1941 a enviar a las cámaras legislativas el proyecto de reforma de la ley, que fue aprobado el 29 de diciembre por la Cámara de Diputados y el 31 del mismo mes por la Cámara de Senadores.

En virtud de que la ley reformada entró en vigencia el año siguiente, el 7 de junio de 1943 abrió sus puertas la Escuela de Formación Docente para maestros en educación especial en el mismo local del Instituto Médico Pedagógico. La nueva institución quedó a cargo del doctor Solís Quiroga y contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de deficientes mentales y de menores infractores; y en 1945 se agregaron las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y de sordos.

En 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se agregó a la Escuela de Especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor (García, 1991, SEP, 1985).

Justamente al comenzar el año de 1959, el entonces oficial mayor de la SEP, profesor Manuel López Dávila creó la oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas; a cargo de ella quedó la profesora Odalmira Mayagoitia. Bajo la orientación de la profesora Mayagoitia, ésta oficina se abocó a la atención temprana de los niños deficientes mentales. Como resultado de esta orientación se fundaron en 1960 las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento núm.s 1 y 2 y, en 1961 las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento núms 3 y 4. Sucede también que en 1962 se inauguró la Escuela para Niños con Problemas de Aprendizaje en Córdoba, Veracruz y el mismo año inició sus actividades la Escuela Mixta para Adolescentes Mujeres

En 1964 comenzó a funcionar el Centro por Cooperación núm. 2. Tanto el Centro núm. 1 como el núm. 2 fueron creados para recibir aquellos casos que por sus características no podrían ingresar en las Escuelas de Perfeccionamiento (Carrasco, 1989, SEP, 1985).

En el lapso de siete años en que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de la Coordinación de Educación Especial generó la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal y 12 en el interior del país, según el siguiente detalle: Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.

A partir de Septiembre del 66 la profesora Mayagoitia se hizo cargo de la dirección de la Escuela Normal de Especialización, realizando una reforma en los planes y programas de esta institución. Finalmente la sustituyó en la Oficina de Coordinación la profesora Guadalupe Méndez Gracida.

La larga secuencia de esfuerzos por consolidar un sistema educativo para las personas con requerimientos de educación especial alcanzó la culminación con el decreto de fecha 18 de diciembre de 1970, por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial (SEP, 1985).

Este hecho representó un cambio de actitud del Estado hacia la atención de este tipo de educandos. Cristaliza de esta manera el largo sueño de todos aquellos que desde el ángulo profesional o familiar eran testigos de la marginación de los sujetos con necesidades especiales. Significó también la ya insoslayable respuesta a las demandas de los maestros, que en su práctica diaria comprobaban la necesidad de un tratamiento especial para estos individuos (Carrasco, 1989; García, 1991).

Además esto significó, por fin, un hito importante en la evolución sociocultural de México, al incorporarlo al grupo de países que, de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general

El decreto de creación establecía que a la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de estas personas así como la formación de maestros especialistas (Carrasco, 1989, García, 1991, SEP, 1985).

Cabe indicar que hasta la fecha los servicios fundamentales que se ofrecen en materia de educación especial son: Deficiencia mental; Trastornos de audición y de lenguaje; Impedimentos neuromotores; Trastornos visuales; Dificultades de lenguaje y Dificultades de aprendizaje, que han dado lugar a otras tantas especializaciones que se brindan en el Sistema Educativo Nacional en la modalidad de educación especial (SEP, 1985, Carrasco, 1985)

Conviene también mencionar que la Universidad Pedagógica Nacional ha ofrecido por primera vez la maestría en educación especial a partir de 1987 (García, 1991).

Se añaden a la anterior información, otros datos importantes que explican el panorama actual de la Educación Especial:

Actualmente en términos generales se indica que aproximadamente del 11 al 12% de una población puede ser considerada con requerimientos especiales y que si se agrega de un 3 a un 5% de personas sobresalientes éste porcentaje se elevaría aproximadamente del 14 al 17% (Taylor y Sternbeerg, 1989)

En este sentido, México en el presente; de acuerdo a las cifras publicadas recientemente por el INEGI, tomando como base una población de 92 millones aproximadamente, se observa que aproximadamente requieren de servicios especiales de diez millones ciento veinte mil personas a 15 millones seiscientos cuarenta mil. Cifras a las que si se añade a familiares cercanos, se elevarían de forma aún más significativa. Por ejemplo una persona con necesidades especiales generalmente vive dentro de un medio familiar, si éste está conformado mínimamente por tres miembros

más. esto es papá, mamá y hermano, se tiene que el número de personas a las que sería conveniente orientar a través de los servicios de educación especial sería aproximadamente de 30 a 45 millones, cantidad que representaría un porcentaje bastante notable de la población total

Lo que acontece en nuestro país, es que hasta la fecha no se ha logrado brindar atención especial a ese 12% de la población que lo requiere. Revisando las estadísticas que a este respecto se han proporcionado, se puede observar que mientras que en 1971 solamente se atendía al .19% de la población que requería de dichos servicios, para 1976 este porcentaje se incrementaba al .51 (Dirección General de Rehabilitación. 1977). Posteriormente, la Dirección General de Educación Especial indicó que en el período 79-80 fueron atendidas cuarenta y tres mil novecientas noventa y tres personas cantidad que no era tampoco ni el uno por ciento de la población de ese entonces

Esto hace que se mencione que en el período 80-81 se atendió a sesenta y ocho mil cuatrocientos noventa niños. cantidad que apenas cubrió el uno por ciento de la población que supuestamente requería de servicios de educación especial. Para el período 81-82 el porcentaje de personas atendidas se incrementó al 1.45% y para el período 82-83 este porcentaje fue del 1.8%, ya que según la Dirección General de Educación Especial se atendió en ese entonces a ciento veintiocho mil niños. En abril de 1989, el entonces director de esa dependencia, Salvador Valdés Cárdenas indicó que a nivel nacional se había atendido a doscientos setenta mil alumnos (Llinas. 1989), dato que hace evidente que los servicios a nivel público se han ido incrementando con el tiempo. Sin embargo, no se encuentra aún en las estadísticas oficiales el hecho de que realmente se esté dando atención Especial. Incluso, en estadísticas recientes, proporcionadas por dicha dirección en 1992 (Tabla 1), se sigue observando que la demanda potencial (12%) es mucho mayor que la población que es realmente atendida (4.7%).

TABLA 1. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ATENDIDO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. (ANEXO 1, DEL REPORTE DEL MERCADO LABORAL DE LA LICENCIATURA EN COMUNICACIÓN HUMANA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, 1994).

Categoría	Demanda Potencial	Población Atendida	Porcentaje
Problemas de lenguaje	1 224 350	17 663	1.44
Deficiencia Mental	1 170 000	36580	3.12
Problemas de Aprendizaje	916 218	134096	14.63
Sin etiología determinada	530 542	2157	0.40
Trastornos de Audición y L.	244 865	8128	3.31
Trastornos Neuromotores	204 055	3703	1.81
Trastornos Visuales	40 811	1062	2.60
Total	4 330 841	203 389	4.70

Aparte de las dificultades antes mencionadas, otra que está presente, es la referente a la falta de una formación y además de un adecuado entrenamiento de los diversos especialistas involucrados en la solución de los problemas presentes en este campo.

Lo que acontece con los profesionales orientados al trabajo en esta área, tiene que ver con el rezago en la formación de los mismos y que es factible observar en la ya revisada historia de la Educación Especial en nuestro país, ya que a pesar que desde 1914 se empezó a atender sistemáticamente a niños con requerimientos especiales, no es sino hasta 1943 que empieza formalmente a darse una capacitación específica, particularmente a maestros, a través de la Normal de Especialización. Como consecuente la creación de otro tipo de programas, que incluyeran a otros profesionales como los terapeutas de aprendizaje, de lenguaje, de audición, psicólogos o pedagogos por ejemplo, se retrasa aun más, de tal manera que a nivel de especialidades y

licenciaturas hay una concentración de ellos hasta la década de los 80's que surgen diversos programas de maestría.

En efecto de todo lo anteriormente mencionado, es que se considera que para poder satisfacer las múltiples necesidades existentes en el campo de la Educación Especial se establezcan como áreas primordiales de abordaje (y para los fines de este trabajo):

- a) Evaluación y Diagnóstico.
- b) Intervención
- c) Investigación (Acle, 1995).

EVALUACIÓN.

En tanto que la evaluación en escenarios educativos es un proceso multifacético, como consecuente, abarca mucho más que la aplicación de una prueba. Al evaluar a un estudiante, se considera la forma en que desempeña una diversidad de tareas, en una variedad de escenarios o entornos, el significado de sus ejecuciones en términos del funcionamiento total del individuo, y las posibles explicaciones para tales desempeños. Los buenos procedimientos de evaluación toman en cuenta el hecho de que el desempeño de una persona en cualquier tarea recibe influencia de las demandas de la tarea en sí misma, la historia y las características que el individuo conlleva a la misma, y los factores inherentes en el entorno en que se efectuó la evaluación (Acle, 1995 ; Salvia e Ysseldyke, 1997).

Salvia e Ysseldyke, (1997) conciben a la evaluación como un proceso de recopilación de datos con el propósito de tomar decisiones acerca de los estudiantes.

Continuamente en el ámbito educacional se realizan muchas y diferentes clases de decisiones psicoeducacionales. Esto hace que se mencione a Klein, Fenstermacher y Aiken quienes en 1971 (Citado en Acle, 1995), describieron 5 clases de decisiones que se toman utilizando datos evaluativos: selección de problemas, selección de

programas, operatividad de programas, mejoramiento de programas y decisiones sobre la certificación de programas. Salvia e Ysseldyke (1997) describieron seis clases de decisiones que se toman utilizando datos de evaluación: referir, seleccionar, clasificar o ubicar, planificar una intervención y decidir sobre la evaluación de los alumnos y los programas.

Es conveniente resaltar que en los procesos de evaluación y toma de decisiones se recolectan muchas clases diferentes de datos. Lo más común es la administración de pruebas con normas o criterios de referencia. Aunado a esto el personal escolar también reúne datos entrevistando a los padres o a otras personas que observan regularmente a los alumnos, y por recolección de historias médicas, sociales y de conductas adaptativas (Morris y Blatt, 1990)

Por otra parte, Forns (1993), señala la serie de cambios conceptuales en la evaluación, y distingue que cuando ésta se centra en el sujeto, se necesita del análisis tanto cuantitativo como cualitativo de las características del sujeto (variables intrapsíquicas), las cuales se consideran como rasgos estables, consistentes y determinantes de sus actuaciones tanto presentes y futuras.

El individuo que está sujeto de la evaluación psicológica está inmerso en contextos educativos, familiares y sociales estrechamente determinantes de su conducta, de ahí que la evaluación adecuada no puede prescindir del análisis de tales contextos, ni olvidar la influencia del macrocontexto socioeconómico y cultural que afecta al individuo, a través de los contextos familiares, escolares y la creciente presión de los sistemas educativos informales como son los medios de comunicación.

Por lo cual la evaluación psicológica requerirá del análisis de los comportamientos de los sujetos y de los grupos, considerándolos, vinculados a los contextos en que se hallan inmersos y de los cuales tomará su pleno sentido evolutivo y/o de alteración (Acle, 1995).

Citemos en especial a Helton, Workman y Matuszek, (1982) quienes han señalado 2 propósitos fundamentales de la evaluación en el ámbito de la educación especial: a) La clasificación y

b) El diseño de programas que cubran estas necesidades.

La clasificación implica decidir si el niño que ha sido evaluado, es elegible para una de las categorías en el campo.

En sentido estricto los modelos, de evaluación psicoeducativa más importantes para ser usados para la clasificación suelen ser: el modelo médico, el de sistema social y el modelo pluralístico (Mercer 1979; Mercer e Ysseldyke, 1977, citado en Acle, 1995)

La evaluación psicoeducativa debe de identificar los problemas específicos que los niños presentan en su funcionamiento educativo, y debe de facilitar la obtención de información para remediar estos problemas.

En la evaluación se incluyen 2 modelos importantes que vinculan a ésta con la elaboración de programas de intervención: el modelo de procesos psicoeducativos y el modelo de análisis de tareas (Helton, 1982 Mercer e Ysseldyke, 1977).

El modelo de análisis de tareas, supone que los niños tienen problemas de aprendizaje y ésto se atribuye al fracaso en el dominio de destrezas académicas necesarias (prerrequisito), incorporadas en una jerarquía de destrezas. Desde esta perspectiva, es importante identificarlos a nivel de antecedentes que no han sido dominados, para ayudar al niño a desarrollar tales habilidades. Esto supone que debe de seguir un orden de secuencias la adquisición de destrezas académicas para facilitar el éxito académico (Acle, 1995).

Forns (1993) afirma que la Evaluación Psicológica debe cubrir los siguientes objetivos:

- I. Reconocer la complejidad del ser humano.
- II. Analizar la globalidad de su conducta y de su interacción con la realidad.

III Lograr una precisión adecuada en las medidas efectuadas así como un grado de certeza en el establecimiento de relaciones causales

IV Alcanzar la objetividad de los análisis y la consistencia lógica de los diagnósticos

V Mantener una actitud ética y responsable en la evaluación y el diagnóstico que se realiza

DIAGNÓSTICO

Dado que generalmente a través del diagnóstico es como se elaboran las propuestas de intervención se considera conveniente el establecimiento de un diagnóstico diferencial. Al tomar en cuenta que la educación especial es el campo que tiene que ver con las diferencias humanas en particular desde que el niño ingresa a la escuela y tiene que aprender todo aquello que en ella se enseña, con base en lo que la sociedad ha fijado como metas educativas es que el diagnóstico diferencial adquiere su importancia.

Es de gran interés mencionar que el diagnóstico diferencial constituye solamente una parte de lo que debiera ser la evaluación, sin embargo ésta es fundamental ya que en ocasiones es por medio de un diagnóstico que no es precisamente diferencial, que se determina en el mejor de los casos la ubicación y el programa de intervención, y en el peor se decide el presente y el futuro de una persona (Acle 1995)

En su sentido más amplio el diagnóstico diferencial, es un procedimiento en el que se establecen las diferencias interindividuales que son las que justifican la clasificación de un sujeto dentro de las diferentes categorías que se manejan en educación especial (Acle, 1990)

La fundamentación de dichas diferencias entre la gente, se apoya en una curva estadística que considera los niveles globales de ejecución (Kirk y Gallagher, 1989) Por supuesto que el diagnóstico diferencial no se queda aquí, sino que implica evaluar

además las diferencias intraindividuales, es decir aquellas diferencias entre las habilidades de un niño en particular siendo una comparación consigo mismo, indagando sus ventajas y sus déficits y conociendo así la dinámica de su funcionamiento lo que ayuda a elaborar un programa de intervención (Acle 1995 Kirk y Gailagher 1989) Así pues el diagnóstico diferencial tiene una injerencia en diferentes ámbitos no únicamente en la elaboración de programas, sino en la investigación y a nivel preventivo

Es determinante que el evaluador conozca el desarrollo normal de los diferentes procesos o habilidades a fin que pueda percibir las diferencias que se presenten si desea realizar de manera adecuada el diagnóstico diferencial (Kirk y Gallagher 1989)

Por ende se concluye éste apartado recalcando la importancia del diagnóstico diferencial como parte de la evaluación reside en el hecho de que al distinguir y conocer a un sujeto no solo se tiene por objetivo su ubicación sino que conduce a que se le otorgue una atención adecuada y ésta al igual que en las otras categorías de la educación especial entre más pronta y acertada sea más benéfica será para el sujeto (Acle 1995)

INTERVENCION

En el ámbito de la Psicología se utiliza el término de intervención para abarcar el conjunto de actividades y operaciones por medio de las cuales el psicólogo como agente de cambio trata de alterar y mejorar el curso de los acontecimientos humanos, en los individuos y en la sociedad (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial 1985)

Dentro del campo educativo, al partir de la base de que el hombre en su relación con el medio recibe una serie de influencias que le van conformando como persona se considera que la intervención es precisamente la que va a pretender

regular y controlar dichas influencias medioambientales para que la configuración humana se realice de acuerdo a los modelos sociales propuestos (Acle, 1995).

Se precisa además, que las características de la intervención educativa, pueden resumirse en 3 aspectos importantes:

a) Propositividad: concepto que hace mención a que es preferible que la configuración humana sea producto de la provisión de variables, que brinde una confluencia arbitraria de las mismas.

b) Optimización: implica que los modelos que se propongan conduzcan a la "mejora" del ser humano, es decir; hallar adecuación de los diversos elementos que participan en la configuración.

c) Tecnificación: Hace referencia a la necesidad de conformar una estructura normativa de acciones educativas, secuenciales y progresivas, que estén científicamente fundamentadas permitiendo que los objetivos planteados, se logren (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985).

A su vez, actualmente se incorpora una propuesta referente a un concepto integrador de la intervención educativa, a modo de superar los modelos conceptuales tradicionales, siendo que el mismo, parte de los siguientes supuestos básicos:

1. Reconoce el binomio herencia-medio, es decir, al intervenir se toma en cuenta de igual forma el sustrato biológico del ser humano y a su vez la relación que él tiene con el medio, por ejemplo a través del aprendizaje.
2. Considera la colaboración de la sociología, mediante sus diversas aportaciones como son la de privación cultural, la influencia de códigos, etc.
3. Del enfoque sistémico, retoma sus contribuciones, puesto que éste subraya la significancia de la dinamicidad de los diversos sistemas involucrados en un proceso determinado.
4. Emplea las aportaciones de la psicología, ya que ésta integra las dimensiones del hombre, lo que conlleva a reintegraciones globales en el aprendizaje.

5. Rescata algunos elementos y contribuciones de la antropología, principalmente aquellas características humanas del hombre donde se resalta que éste es un ser que se construye innegablemente en interrelación con su medio social (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985)

Por lo tanto, la intervención va a estar constituida, por los procedimientos que los diferentes profesionales involucrados diseñen a partir de los resultados de la evaluación.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, para que la intervención sea efectiva será conveniente considerar los siguientes factores:

a) Las características de la persona, hecho que está ligado primeramente a la descripción de aquellos aspectos del desarrollo y de las habilidades que tanto a nivel interindividual como intraindividual están presentes, y son los responsables de que ese sujeto en particular sea diferente al resto y requiera por tanto de educación especial (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985).

b) Las características del ambiente social, educativo y familiar del individuo con el que se va a intervenir.

c) Naturaleza, tipo y alcances de la intervención. Una vez delimitado el problema, es importante elegir la estrategia de intervención, la cual se puede entender como un conjunto de métodos y técnicas que aplicadas a una persona en el tiempo y en el entorno llevarán a lograr su normalización de manera permanente. Por un lado, una estrategia simple será la que aborda el problema de manera directa, mientras que, una estrategia múltiple será aquella que se distingue porque plantea diferentes aspectos del problema de manera simultánea, o de forma sucesiva o bien de forma alternativa. Al emplear una estrategia de esta índole, es preferible establecer tanto los problemas primarios como los secundarios con el objeto de determinar prioridades y adoptar a partir de ello la estrategia de intervención más adecuada (Gosalbez, 1983).

d) Metodología, este rubro se refiere a la manera en la cual se desarrolla el plan trazado para la intervención. De acuerdo a Gosalbez (1983) la metodología debe precisar lo siguiente:

- **El grado de libertad que se determinará a la persona para participar en la toma de decisiones relacionado a su intervención**, dicho grado podrá ser directivo, semidirectivo o autodirectivo. La elección del grado de libertad estará en función de la edad y de las características de la persona hacia la que se planee la intervención; y que generalmente se plantea que a mayor edad, se propicie una menor directividad.
- **El plan de la intervención**, mismo que contendrá aspectos como: ejercicios a realizar, duración de las sesiones, prescripciones y normas complementarias, formas de control de la intervención y autoevaluación de los resultados.
- **Técnicas y modelos auxiliares**, deberán adaptarse al caso concreto de que se trate, las técnicas que se empleen. Es factible emplear técnicas ya establecidas para ser utilizadas con determinados tipos de problemas o bien pueden usarse técnicas que se elaboren específicamente para tratar un problema particular. Existen en el mercado una serie de materiales que aún cuando no estén especialmente orientados a resolver un problema particular, pueden ser beneficiosos, y que su uso adecuado dependerá de la creatividad y de los conocimientos de los que se dispongan respecto al problema hacia el que se va a intervenir (Gosalbez, 1983).

Al intervenir, es fundamental, el no olvidar que el sujeto que precisa de una educación especial, es un integrante de la sociedad y que de acuerdo a los objetivos de la educación especial, se busca el que logre una mejor adaptación al medio así como el que alcance la autosuficiencia económica, por lo que no puede ser concebida la persona como la única que tiene el problema. En efecto, la sociedad también lo tiene, si ella no provee los medios para que dichos objetivos se cumplan, la intervención se dará entonces de forma parcial (Acle, 1995).

CAPITULO 2.

SORDERA E IMPLICACIONES.

En el capítulo anterior se ha planteado el panorama de lo que implica la Educación Especial su trascendencia y necesidades actuales en nuestro país. Es indispensable el lograr un entendimiento de lo anterior, con el objetivo de comenzar a situar al individuo sordo, como alguien con requerimientos particulares. Este apartado por tanto pretende lograr un conocimiento de la complejidad de la deficiencia auditiva, para lo cual se explican las causas, la clasificación, la edad de aparición de ésta, así como sus consecuencias y alternativas de intervención. A continuación se desarrollan ampliamente los puntos mencionados.

ANATOMÍA DEL OÍDO HUMANO.

A la evidencia física del sonido, el oído se ha adaptado como máquina perfecta para su percepción, considerándose un aparato electromecánico.

Para su estudio y descripción se ha dividido en tres partes:

- a) Oído externo, que comprende la oreja (pabellón) y conducto auditivo externo. Su función es detectar el sonido y conducirlo al oído medio (Ling, 1988; Flores y Berruecos, 1991).
- b) Oído medio. Se ubica en el hueso temporal y está formado por la membrana timpánica, cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio, los tres huesecillos (martillo, yunque y estribo), músculos y ligamentos. Su función consiste en evitar que el oído interno se vea dañado por ruidos demasiado fuertes, además permite igualar la presión del aire de la cavidad con la presión atmosférica (Ling, 1988; Flores y Berruecos, 1991).

c) Oído interno que está formado por una serie de cavidades tortuosas en el hueso del temporal, estas cavidades constituyen el laberinto óseo. En general, son tubos dispuestos para formar el caracol o cóclea y los conductos semicirculares; entre estos dos conjuntos de 2 tubos enrollados existe una parte dilatada de unión, el vestíbulo (Schiffman, 1993).

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.

Bowler y Gardner (1991) definen un problema de audición como cualquier alteración cuantitativa o cualitativa en la correcta percepción auditiva. Un problema de audición dependerá de cuáles componentes del oído están afectados y en qué grado lo están. Cuando más prematuramente ha sido afectado el niño, mayor es la incapacidad funcional (Beasley, 1990).

Existen diversos factores que determinan las características de los niños con trastornos de audición. Una pérdida auditiva puede variar en grados desde una pérdida superficial hasta una profunda, las causas pueden ser diversas y pueden ocurrir antes, durante o después del parto, afectando cualquier parte del sistema auditivo

Estos factores son principalmente el nivel y tipo de pérdida, la edad de aparición del problema, el momento de la detección y la existencia o no de un problema agregado (Airmard y Morgón, 1989; Fabre, 1988; INCHI, 1981; Marchesi, 1987).

NIVEL DE PÉRDIDA.

El nivel de pérdida está en función de la intensidad mínima de sonido que se necesita para oír.

La clasificación de los grados de pérdida auditiva es la siguiente:

TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE GRADOS DE PÉRDIDA. CITADO EN FLORES Y BERRUECOS (1991).

<i>Grado de pérdida auditiva*</i>	<i>Clasificación de la pérdida.</i>
26-40 decibeles (dB).	Pérdida Superficial
41-55 dB	Pérdida media
56-69 dB	Pérdida severa
70-89 dB	Pérdida profunda.

TIPO DE PÉRDIDA.

Al analizar las pérdidas por su localización, éstas pueden clasificarse en pérdida conductiva, sensorineural o perceptiva, pérdida mixta y pérdida central.

- **Pérdida conductiva.** Dicha pérdida se encuentra localizada en el oído externo o en el medio. Se dice que existe una pérdida auditiva de este tipo cuando ciertas condiciones interfieren o bloquean la transmisión normal de las vibraciones sonoras provenientes del oído externo. La pérdida auditiva no excede de lo 69 dB y en raros casos la pérdida suele ser severa. Una pérdida de tipo conductivo puede ser detectada fácilmente con una audiometría o por una timpanometría (método objetivo para evaluar la movilidad de la membrana timpánica y el funcionamiento del oído medio) (Flores y Berruecos, 1991).

Entre la causa principal se tiene la otitis aguda, infección del oído medio que afecta la función del tubo de eustaquio; y en menor grado la osteosclerosis, que se traduce en la formación de un hueso esponjoso alrededor del tímpano que evita el movimiento de éste, produciendo el deterioro de la audición (Acle, 1995; Blackhurst y Berdine, 1981).

- **Pérdida perceptiva o sensorineural.** Se encuentra ubicada en el oído interno o en el nervio auditivo. Quigley y Peter (1984) definen una pérdida sensorial

como aquella en la que el oído interno o el trayecto que se recorre del nervio auditivo al cerebro se ve afectado. También señalan que el daño en este tipo de pérdidas usualmente es médicamente irreversible y sólo se puede recibir ayuda parcial con auxiliares auditivos. Sin embargo, en la actualidad existen implantes cocleares, los cuales permiten aprovechar terminaciones nerviosas no dañadas para poder estimularlas mediante electrodos que se insertan dentro de la cóclea, y a su vez, hacen posible en algunas ocasiones percibir diferentes sonidos (Ling, 1988).

Dentro de este grupo, por lo general, los pacientes presentan un grado de pérdida mayor a 70 dB (Bonstein, 1988).

Las enfermedades virales son el factor fundamental que produce ésta alteración; tanto antes como después del nacimiento en el niño. A su vez, otras causas son sarampión, infecciones, consumo de drogas a lo largo del embarazo o su administración de éstas en el infante con el objeto de contrarrestar infecciones (Acle, 1995; Blackhurst y Berdine, 1981).

◦**Pérdida mixta.** Se encuentra afectado, ya sea, el oído externo, oído medio o el oído interno, esto es, aparecen juntas una pérdida conductiva y una pérdida sensorineural (Ling, 1988).

Pérdida central. Conocida también como impercepción auditiva central, éste desorden es producto del daño o lesión del sistema nervioso central (Acle, 1995; Blackhurst y Berdine, 1981).

Es decir, en éste tipo de pérdida, el problema se encuentra a nivel de corteza cerebral en donde hay problema para la decodificación o integración del lenguaje. La dificultad reside en el procesamiento, moldeamiento e interpretación dentro del cerebro, de la información sensorial que éste recibe (Gesell, 1994, Ling, 1988).

Esta clasificación enfocada a la localización de la lesión tiene importancia desde el punto de vista práctico. Aquéllas que se encuentran en el oído externo y medio tienen posibilidad de solución médica o quirúrgica. En las perceptivas que se localizan en el

órgano de Corti (sensoriales) o en las vías nerviosas (neurales) es difícil realizar dicha solución quirúrgica por el momento, debiendo recurrir a la rehabilitación fonoaudiológica (Flores y Berruecos, 1991; Ling, 1988).

CLASIFICACIÓN PEDAGÓGICA Y AUDIOLÓGICA.

Otra clasificación que es importante retomar es la referente al aspecto Pedagógico y Audiológico, siendo que éstos se abarcan conjuntamente en este apartado; debido a que conservan entre sí similitudes en su contenido, considerándolas complementarias para lograr una mejor atención en los sujetos que presentan alteración auditiva (Lowe, 1990).

Así se tiene que tanto la perspectiva pedagógica y audiológica, enfatizan la diferencia entre el término *hipoacúsico* y *sordo*. Para fines pedagógicos; lo anterior determina los requerimientos de aprendizaje más adecuados a las características de la naturaleza de la deficiencia auditiva del sujeto, para desarrollar al máximo su desempeño escolar, social, entre otros aspectos.

El sordo bajo este enfoque se relaciona con una pérdida auditiva considerable, lo cual determina que la vista sea la vía de acceso principal de percepción e incorporación del habla, a través de la lectura labio-facial, siendo vitales los audífonos especiales, pero sólo para aprovechar los restos de audición que poseen, ya que hay una pérdida auditiva en donde no se puede dirigir el sujeto por medio de la audición, la propia voz y por tanto el propio lenguaje verbal (Lowe, 1990).

En contraste, en el hipoacúsico la alteración auditiva es menor, y de tal índole que puede aprender a hablar principalmente por medio de la audición, es decir de la percepción fonemática, sin embargo se verá apoyado por la visión para incorporar de modo más completo el lenguaje verbal (Lowe, 1990).

Como se ha observado, sordo e hipoacúsico, son términos vinculados con el grado de pérdida de la audición, por lo cual es importante conocer el punto de vista audiológico (Lowe, 1990).

En el campo de la audiológica sobresale Huitzing, quien retoma las curvas liminares obtenidas por medio de la audiometría tonal, para precisar con mayor exactitud el grado de pérdida. Esta persona tomó como punto de referencia la línea de 60 dB para su división de los trastornos auditivos; la cual abarca los siguientes cuatro grados:

Grado 1	0 a 30 dB	Hipoacusia ligera
Grado 2	30 a 60 dB	Hipoacusia moderada
Grado 3	60 a 90 dB	Hipoacusia severa
Grado 4	+ de 90 dB	sordera.

Davis apoya también en cierto modo la división previa, en el momento que afirma que sólo debe reservar el término "sordera " haciendo alusión a pérdidas auditivas mayores a 92 dB, y asimismo ésta conceptualización no la deslinda del aspecto social, cuando menciona que la sordera estará presente donde la comunicación auditiva cotidiana es imposible o casi imposible (Lowe, 1990).

Con toda la información de éste apartado, se elimina toda posibilidad de confundir hipohacusia con sordera, ya que son dos alteraciones de la audición distintas y por tanto su manejo es diferente. De ahí que en este reporte se haya dado un valor mayor a la comunicación total en cualquier acción desarrollada directamente con la población sorda con la que se trabajó; sin omitir desde luego el lenguaje verbal, que también es vital en la intervención oportuna del sordo.

AUDIOMETRIA CLÍNICA.

Es muy probable que se ignore o permanezca oculta una sordera durante los primeros años de vida, ya que todo niño independiente de que presente una alteración

auditiva, llora, grita y sonríe. Lo importante entonces, es identificar oportunamente cualquier problema de audición, para una intervención temprana (Acle, 1995).

Entre los métodos para identificar cualquier alteración de éste sentido, sobresale la audiometría clínica, el cual es un método que de acuerdo con Suria (1974) permite investigar lo siguiente:

- 1) La cantidad mínima de sonido que un individuo puede oír.
- 2) Conocer el sitio donde se ubica la lesión a lo largo del recorrido que sigue el sonido hasta impresionar la corteza cerebral y saber si puede recuperarse mediante la cirugía.
- 3) Descubrir oídos con extraordinaria tendencia a las lesiones acústicas.
- 4) Calibrar en medicina legal, los daños ocurridos en caso de accidente.
- 5) Explorar restos auditivos deficientes severos con la finalidad de posibilitar al individuo mediante la utilización de auxiliares auditivos.

Dentro de los métodos audiométricos se cuenta con el Audiograma o audiómetro de tono puro, el cual representa el mínimo sonido audible de tonos puros a diferentes frecuencias al usar unos audífonos. Un audiómetro sirve para determinar el promedio en decibeles del umbral de un sujeto (Davis y Silverman, 1990).

Como test este posee ciertas limitaciones, ya que sólo se puede aplicar a partir de la edad mental de 5 años), siendo que los tonos puros, se caracterizan por ser sonidos abstractos que aumentan la dificultad de responder por cualquier individuo sin tomar en cuenta la edad (Acle, 1995).

Otro método audiométrico de mayor valor práctico es la Audiometría Verbal, del habla o Logoaudiometría, que consiste en un amplificador que transmite las palabras a intensidades crecientes de 10 en 10 decibeles (Ramírez, 1982), en donde si el sujeto presenta una alteración auditiva, no logrará dar respuestas imitativas a determinado umbral. En sí esta prueba determina el nivel de intensidad en el cual llega a ser consciente de la estimulación auditiva (Acle, 1995).

También existe la Electrocoeleografía (EcG), que es un método objetivo de registro de la actividad del oído interno. Sin embargo su uso es restringido debido a la necesidad de aplicar anestesia general, por ello los especialistas prefieren colocar un electrodo de plata en el conducto auditivo externo, muy cerca de la membrana timpánica, rodeado de un algodón impregnado de una solución salina que actúa como conductor, pero al utilizar este último método se obtiene una respuesta de menor intensidad (Ramírez, 1982).

Se agrega a las anteriores pruebas, la audiometría psicogalvánica, donde se utiliza un galvanómetro para determinar la agudeza auditiva; la cual depende del establecimiento de una respuesta condicionada. A la persona a quien se va a probar su agudeza auditiva, se le aplica una pequeña descarga eléctrica en una parte del cuerpo, descarga que va precedida por un tono; después de repetidas aplicaciones de la secuencia tono-descarga, el tono por sí mismo producirá la respuesta galvánica de la piel. De tal forma, la respuesta galvánica de la piel demuestra si la persona puede o no oír.

El uso de esta prueba se recomienda con frecuencia para niños muy pequeños, para personas que se supone están mintiendo y para retrasados mentales (Acle, 1995)

No obstante la mayor parte de especialistas se inclinan a la adaptación de *Potenciales evocados auditivos*, que miden los cambios del electroencefalograma cuando se recibe un estímulo procedente de un órgano sensorial concreto, en este caso la audición. Un ordenador selecciona y amplifica las ondas que evoca el sonido separándolas de aquéllas procedentes de la actividad eléctrica de la corteza cerebral. En esta prueba es preferible que el sujeto esté dormido durante la exploración, si esto no es posible se recurre a una ligera sedación (Ramírez, 1982).

EDAD DE APARICIÓN DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.

Se consideran básicamente dos tipos:

1) Prelingüística. Es aquella en la que el problema se presenta desde el nacimiento, antes del desarrollo del lenguaje, es decir, niños menores de tres años.

2) Postlingüística. Aquí, el problema aparece después de la adquisición espontánea del lenguaje; aproximadamente entre tres y tres años y medio en adelante.

Es importante considerar la edad en que se presenta el impedimento, ya que los niños que pierden la audición después de la adquisición del lenguaje tienen una ventaja importante en cuanto a su desarrollo, ante aquellos cuya pérdida es congénita o anterior a la adquisición del lenguaje (SEP, 1987).

Este hecho se debe a que el lenguaje y su evolución está relacionado con la audición:

El lenguaje es un acto adquirido. Desde el punto de vista lingüístico presenta cuatro niveles principales: semántica, pragmática, sintaxis y fonología.

La adquisición fonológica involucra la percepción así como la producción de sonidos del habla, por lo que la presencia de una audición normal es esencial para el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo (Bess y Mc Connell en Churchill, Hodson, Jones y Novak, 1988). Los estudios sobre percepción del habla han demostrado que los niños reconocen similitudes entre los sonidos, así cuando éstos ocurren en distintos contextos o son producidos por distintas personas (Kuhl, en Stoel-Gammon y Dunn, 1985). La percepción de las diferencias acústicas de los sonidos del lenguaje que desarrolla el niño, son necesarias para lograr dominar el sistema del adulto antes de producirlo, ya que la tarea durante el período de adquisición es aprender a producir esos contrastes (Smith, en Stoel-Gammon y Dunn, 1985).

De acuerdo con Tye-Murray (1992) existen por lo menos cinco formas en que la audición influye en el desarrollo del habla (dichos datos están basados en investigaciones realizadas en la Universidad de Iowa con personas anglo parlantes con

pérdida auditiva): 1) La información auditiva permite desarrollar estrategias específicas para la organización articulatoria, 2) La información auditiva influye en cómo el niño aprende a desempeñar eventos del habla. 3) Por otro lado, se ha observado que al recibir la información a través de la audición, permite a los niños desarrollar un sistema fonológico y aprender reglas lingüísticas (Monsen, en Tye-Murray, 1992). 4) Otra de las influencias de la audición es la de proveer información sobre las consecuencias de las actividades articulatorias. Mediante el balbuceo y las producciones del niño, éste va relacionando los movimientos articulatorios que realiza con la señal acústica que recibe. Estas asociaciones son probablemente prerrequisitos para que el niño logre discriminar los contrastes fonéticos de los sonidos. 5) Por medio de la retroalimentación acústica, las personas oyentes pueden regular sus producciones y corregirlas.

En conclusión aprender el lenguaje supone simbolizar imágenes, las cuales, han de ser después nominadas, es decir, se le debe atribuir un símbolo o nombre. En este momento el pensamiento se hace simbólico, pues no necesita ya representar la imagen, sino su símbolo. Este es el pensamiento verbal, que multiplica y agiliza al infinito las posibilidades de la mente. A partir de este momento el lenguaje consistirá en un continuo proceso de codificación de ideas y emisión en la frase expresiva, así como de captación de los mensajes, con el proceso inverso de descodificación en la fase receptiva. Cuando falta el proceso de la simbolización que se adquiere a través del oído, tanto el pensamiento verbal como el lenguaje se verán perturbados (Ramírez, 1982).

CAUSAS DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.

La sordera puede aparecer por problemas que se presenten en la gestación, durante el nacimiento, esto se denomina congénita. Una condición que es congénita puede o no ser hereditaria (Fabre, 1988).

Las sorderas hereditarias ocupan el primer lugar en los orígenes de la sordera del niño (Fabre, 1988). La frecuencia de éstas, aumenta con la consanguinidad, se presentan en forma de lesiones cocleares y nerviosas que pueden manifestarse desde el momento del nacimiento o tardíamente en forma de una degeneración progresiva de las vías nerviosas (Ramírez, 1982).

La causa frecuente de pérdida congénita se encuentra en las infecciones virales que atacan a la madre cuando está embarazada, principalmente destaca la rubéola padecida por la madre (Ramírez, 1982).

Otras causas pueden ser la influenza, amigdalitis, tosferina, sarampión, varicela, herpes, viruela, parotiditis, etc., aunque su frecuencia de producción de lesiones es considerablemente menor que la rubéola (Ramírez, 1982).

Los accidentes tales como la anemia hemofílica con gran ictericia nuclear, ocurrida en casos de incompatibilidad de Rh puede lesionar el oído interno y a las vías nerviosas. Otra causa, es la sífilis congénita que es transmitida al feto a través de la placenta (Ramírez, 1982).

Después del nacimiento pueden actuar diversos mecanismos productores de sordera. La otitis aguda del sarampión, escarlatina, influenza, etc., pueden propagarse al interior del laberinto llegando a destruirlo (laberintitis). Afortunadamente esta eventualidad es rara (Ramírez, 1982).

La meningitis cerebroespinal es la primera causa de sordera ocurrida después del nacimiento, soiendo dar lugar a una pérdida auditiva bilateral (Ramírez, 1982).

Ramírez (1982) también refiere que cada vez tienen más importancia el conocimiento de la acción tóxica de determinados medicamentos sobre el oído, ya que pueden llegar hasta el punto de producir sordera de intensidad variable dependiendo del tipo de fármaco, de la dosis total, del modo de aplicación y la sensibilidad individual o familiar a sus efectos.

Las sustancias que lo producen son: Cicloserina, Viomicina, Tobramicina, Minocilina, Colistina, Dibekácina, Quinina, Acido Etacrínico, Dihidroestreptomina, Kanamicina, Paromicina, Vancomicina, Gentamicina, Neomicina, Polimixina, Aceites Quenopodio, Talidomida, Salicilatos y cualquiera de sus derivados.

CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA AUDITIVA SOBRE EL DESARROLLO.

Se menciona que la sordera influye en la educación, en el aprendizaje y en el ajuste cognitivo, emocional y social de quien la padece (Acle, 1995, Benoit y De Torero, 1995, Davis y Silverman, 1990, Flores y Berruecos 1991, Marchesi, 1987, Wood, 1991). Un niño que vive con pérdida auditiva carece del componente sonoro, por lo que no atiende a los estímulos auditivos, los cuales se vuelven irrelevantes para él (Bothroyd, 1982). Al carecer contacto con estos sonidos el desarrollo se ve afectado en diferentes áreas, que a continuación se expondrán de manera esquemática.

- **Habilidades perceptuales.** Los niños con pérdida auditiva no son capaces de percibir o identificar objetos auditivamente y pierden toda la información que es necesaria tanto para aprender un lenguaje como, para identificar la presencia de algo o alguien en todo momento y en cualquier situación. Toda la información que puedan percibir será por medio de la visión, siendo este un sentido importante, incluso en condiciones normales, en sujetos sordos se convierte en fundamental para su desarrollo (Ramírez, 1982).
- **Educación.** Un niño con pérdida auditiva necesita desarrollar al máximo sus posibilidades (Flores y Berruecos, 1991), para cumplir este propósito es importante que, a partir de la detección del problema, sea incluido en programas de educación especial. Así una educación adecuada incluye la temprana intervención, en apoyo con las técnicas más apropiadas (Fenster, 1988).

▷ **Producción del habla.** Al no tener contacto con los sonidos, el desarrollo se ve afectado, incluyendo un conjunto de capacidades y hábitos en relación a la adquisición y conservación del lenguaje (Colin, 1985).

El desarrollo del lenguaje se detiene en la etapa de balbuceo, ya que no recibe la información que necesita para aprender a hablar de manera adecuada (Bothroyd, 1982). Sólo con intervención terapéutica, el niño con deficiencia auditiva desarrollará el lenguaje; sin embargo, la sintaxis, semántica, articulación y voz serán defectuosos (S.E.P., 1987). De la misma forma, éste desarrollo tardío y limitado atenuará las posibilidades para formar aquellos aspectos de la abstracción que comprenden el recuerdo simbólico, el reconocimiento de semejanzas y la deducción de las consecuencias (Fine, 1977).

▷ **Comunicación.** La mayor dificultad en el sordo será la de dominar como medio de comunicación una lengua natural basada en la agudeza de un sentido, la audición; del cual carece parcial o totalmente (Davis y Silverman, 1990). Así, los mensajes sonoros no se reciben, o se reciben muy poco en el sordo con quien los intercambios se realizan mal por una falta de percepción. Es decir, con lo antes dicho se afirma que la sordera (sin reeducación) crea un aislamiento (Colin, 1980). Suele ser por tanto difícil la comunicación entre un sordo y sus familiares, sobre todo cuando ellos son oyentes. El niño afectado en muchas ocasiones no es capaz de adquirir el lenguaje materno con el que se comunican en su familia y, por lo tanto, no podrá decirle o expresarle con claridad sus pensamientos (Morris y Blatt, 1990). Es decir, la barrera en la comunicación impuesta por una alteración auditiva puede ser un factor importante que afecta la habilidad del sordo para interactuar con su familia y sus padres, y de tal manera perjudica su crecimiento emocional y social. Este último punto es el que se desarrollará en el siguiente apartado.

PERSONALIDAD Y DESARROLLO EMOCIONAL.

Para Colín (1985), el sordo está privado de medios naturales de comunicación, es decir, de elementos favorables a la socialización. De ello deriva un enrarecimiento de las posibilidades de seguridad respecto al niño oyente; éste último sigue en contacto con su madre, aún cuando ésta no esté delante de sus ojos, la oye desplazarse o hablarle y advierte por la expresión de los ruidos familiares, que alguien se ocupa de él o al menos que no está sólo. A partir de todas estas cosas puede explicarse que existan trastornos afectivos en los sordos.

Maher (1989) también indica que las madres pueden presentar un efecto profundo en la interacción recíproca y pueden inhibir la expresión del afecto, ante la deficiencia auditiva de su hijo, lo cual puede ocasionar futuros trastornos emocionales. Por su parte diversos autores afirman que la población sorda desde el inicio de su infancia puede presentar:

- Hiperactividad (Benoit y De Torero, 1995, Colín, 1985, Marchesi, 1987).
- Impulsividad (Benoit y De Torero, 1995, Chess y Fernández, 1980, Marchesi, 1987 y SEP., 1985).
- Explosividad y huida (Colín 1985).
- Agresión (Colín, 1985 y SEP., 1985).
- Inmadurez emocional (Colín, 1985, Marchesi, 1987).
- Egocentrismo (Marchesi, 1987, SEP, 1985).
- Rigidez (Marchesi, 1987, Núñez, 1991, Saraev y Koslov, 1993, SEP, 1985).
- Baja tolerancia a la frustración (Antía y Supalla, 1995, Marchesi, 1987, SEP, 1985).
- Baja autoestima (Marchesi, 1987, Núñez, 1991).

Es notable referir que en general se está de acuerdo cuando se trata de describir los comportamientos particulares o propios de los niños y adultos sordos, ya mencionados. Sin embargo algunos los clasifican dentro del marco de los desórdenes psiquiátricos, mientras que otros los describen como trazos de la personalidad de los

sordos comunes, debido a las carencias experienciales a nivel social. (Colín, 1985). En este trabajo se retomarán éstas dos explicaciones.

Así, la lista mostrada de rasgos encontrados en la población sorda, para algunos es considerada como un claro ejemplo de desórdenes primarios del comportamiento (Colín, 1985); mientras que para otros como lo es Antia y Supalla (1995) éstas características ya nombradas pueden verse como retrasos o déficits en el entendimiento social, más que trastornos del comportamiento, debido a los problemas que tienen para comunicarse y manifestar sus pensamientos y deseos, que originan sentimientos de frustración y enojo, ante lo cual reaccionan aislándose o siendo excesivamente agresivos (Hayes, 1985).

Pasando a otro punto relacionado con la temática abordada, se retoma la investigación de Harris (1976), el cual enfatiza el papel de los padres en la aparición de los rasgos hallados en el sordo, y ya mencionados antes. Este autor diseñó un proyecto de impulsividad, utilizando 4 indicadores extraídos del dibujo de la figura humana y del emparejamiento de figuras familiares. Comparó 50 niños sordos hijos de padres sordos y 274 niños sordos hijos de padres oyentes. Igualó edad, estatus socioeconómico y cociente intelectual. Encontró, de manera uniforme, que los niños sordos hijos de padres sordos obtenían puntuaciones más altas en el control de impulsos que los sordos hijos de oyentes. Harris sugirió que éstos resultados podrían reflejar la experiencia de comunicación entre hijos y padres, favoreciendo éstos el desarrollo de estructuras cognitivas y sintácticas que permiten una modulación de los impulsos más constructiva (Marchesi, 1987).

Con todo lo antes desarrollado en este apartado, dada la fuerte prevalencia de las dificultades psicológicas precoces en la población sorda y retomando la importancia del papel de las figuras parentales en las mismas, es necesario que se tome más en consideración el aspecto emocional desde una perspectiva psicodinámica. Es por ésta razón que a lo largo de este trabajo, esta perspectiva se retoma para dar un modelo

explicativo del aspecto emocional en el sordo, que en este apartado se desarrolla y que como se verá más adelante permite evaluar más eficazmente en esta población.

Por lo cual desde el aspecto psicodinámico se puede mostrar diversas investigaciones que abordan el aspecto emocional del sordo.

Por ejemplo Saraev y Kosiov (1993), los cuales retoman el concepto de personalidad en el niño sordo en su investigación, quienes comparan los resultados del Test de Color de Luscher con el Procedimiento del Dibujo Proyectivo y con observaciones conductuales en población infantil con hipoacusia congénita. Utilizaron como sujetos a 100 sordos "escolares" y 164 oyentes (todas las edades fluctuaron entre 7-12 años) Los resultados muestran cómo los sordos prácticamente exhibieron. precisión, cuidado, limpieza, egocentrismo, hipocondria, rigidez, pobre desarrollo de la imaginación productiva, aplanamiento de tono afectivo. Estos autores afirman que las características halladas en esta población, reflejan una fijación del yo, que constituye el fundamento de la desviación de la personalidad en el sordo. Además sugieren que la pobreza en la imaginación productiva puede relacionarse entre las desviaciones de los aspectos cognitivos y emocionales de la personalidad del sordo.

Otra aportación importante desde este enfoque es el que proporciona Abrams (1991) y Farrugia (1992), quienes explican el por qué se puede presentar trastorno de la Personalidad Boderline (BPD) en población sorda. Se menciona que la fuente del BPD es generalmente un pensamiento excesivamente frustrado durante el primer año de vida, relacionado con las figuras parentales. En suma, se relacionan las demandas asociadas con la sordera y el desarrollo temprano del niño, lo cual puede conducir a mayores presiones sobre las relaciones de padre-hijo.

Finalmente en este apartado se retoma principalmente el fundamento teórico de Núñez (la cual a su vez retoma a Bleichmar, en su modelo explicativo); referente a la temática planteada, ya que es muy completo y abarcativo, al abordar a ésta.

Núñez (1991) enfatiza los siguientes observables de conducta que se presentan

frecuentemente en niños y adolescentes sordos:

- Presencia de autoestima lábil.
- Son dependientes del medio en cuanto a una búsqueda permanente de signos de aprobación, reconocimiento, confirmación.
- Son sensibles a las críticas.
- Manifiestan, en muchos momentos, falta de capacidad para atrasar la satisfacción de una necesidad. Tienen dificultad para tolerar la tardanza y la frustración.
- Muestran una gran sensibilidad a los fracasos, desiluciones, desaires, pérdidas, manifestaciones mínimas de rechazo.
- Presentan tendencia a la ensoñación. El contenido de sus sueños diurnos es de hazañas vividas por ellos en las cuales logran éxito, fama, poder, dinero, etc.
- Las modalidades de vínculos que establecen con los otros son los siguientes:

1) Actitudes de sometimiento, acatamiento a los otros, conducta con características de sobreadaptación. Aparece como un buscador de modelos externos a los cuales se ajusta de modo imitativo. Esta forma de vinculación con los demás le da a su conducta características de cierta rigidez, falta de plasticidad y de creatividad. Aparece cercenada la iniciativa, la manifestación de intereses y necesidades propias en favor de una hiperadaptabilidad.

Está descalificado el yo deseo, yo necesito, yo puedo. En cambio, se da un moldeamiento del interior por un ajuste a normas y reglas provenientes de afuera; esto asume la forma de imposiciones superyoicas. el deber ser (Núñez, 1991).

2) Estallidos de exigencias imprevistos frente a los otros. Estas conductas contrastan con las descritas, justamente por sus características opuestas. El niño aparece estableciendo vínculos coercitivos y agresivos en los que tiraniza a su acompañante.

Manifiesta un bajo nivel de tolerancia a la frustración y a todas aquellas situaciones que pueden ser tomadas como falta de atención, desaire, negativa,

postergación, abandono, rechazo de parte del otro, frente a las cuales responde en forma explosiva

3) Actitudes de autosuficiencia, crítica, burla, descalificación, desprecio hacia los otros. Se manifiestan en una conducta general ostentosa, exhibicionista. Esta actitud omnipotente puede ir acompañada de una actitud crítica y burlona hacia los otros.

Desde este enfoque, los observables de conducta señalados pueden ser entendidos como efectos de un trastorno general del narcisismo (Núñez, 1991).

En el sordo se ve una distancia muy grande entre la representación ideal del yo y la representación que tienen de sí mismos, debida básicamente a que el ideal es muy elevado y que está vinculado con el ser oyente-parlante, o sea, está revestido de un valor inalcanzable, por lo cual se vuelve tiránico.

El hablar-escuchar funciona como el rasgo idealizado que de poseerse permitirá colocar al sujeto en el lugar de la representación ideal del yo, y como nunca se puede alcanzar deja siempre al yo en un estado de minusvalía. Su ausencia es vivida como la identificación con el negativo de esa representación ideal del yo, es decir, con el punto de mínima estimación, con el no valer. Se es ideal, o sea oyente-parlante, o bien, el negativo del ideal, o sea sordo, lo que es equivalente a no valer nada, a ser tonto, diferente, loco. Estos estados son intensamente dolorosos y angustiantes (Maher, 1989).

Debido a esta vulnerabilidad de la autoestima es que el sordo se muestra celoso y desconfiado con vivencias paranoides de ser objeto de burlas, críticas, lástima, tomando una actitud de hipervigilancia y alerta en relación a su entorno. Como consecuencia de esta falla en la valoración de sí mismo se muestra dependiente en el vínculo con los otros y buscador de reconocimiento y elogios. Es decir, es demandante insaciable de suministros narcisistas que alimenten esta falta de valía. Dicha dependencia lo vuelve sensible a las situaciones de separación, que desencadenan en él temores al abandono (Núñez, 1991).

Las modalidades de vínculos descritos, surgen como una búsqueda de satisfacción de necesidades básicas de reconocimiento y aceptación:

1. Es decir las actitudes de sometimiento, acatamiento, sobreadaptación, pueden explicarse como una forma instrumentada para lograr la aprobación de los adultos: si complazco a los otros, si soy obediente, seré reconocido y aprobado. Esta sobreadaptación formal a las exigencias de los otros limita, cuando no anula, la percepción y búsqueda de satisfacción de las propias necesidades. El costo de esta hiperadaptabilidad es la pérdida de la iniciativa propia, de la creatividad, de la manifestación de lo que emana de la interioridad del sordo, de su mundo emocional.

2. Los estallidos de exigencia frente a los otros, la actitud coercitiva tiránica son medios de asegurarse la satisfacción de las necesidades propias, también las narcisistas. Estos berrinches, si bien son los que preocupan a padres y docentes, paradójicamente, son una señal que emite el ser verdadero marcando el momento de fractura en la sobreadaptación a la realidad externa (Núñez, 1991).

3. Las conductas de autosuficiencia y desprecio son una fachada que aparece en el vínculo con los otros. Resultan de la instrumentación de defensas maniacas: negación, idealización, omnipotencia, dejan oculto el aspecto de niño descalificado, necesitado y dependiente, y lo muestran hacia afuera de modo totalmente opuesto, como diciendo yo valgo mucho, soy perfecto, no necesito a nadie. Además por la instrumentación de defensas de identificación proyectiva se depositan en el otro los aspectos negados y rechazados resultando que eres tú el que no vale, el tonto, el loco, el carenciado, el que no tiene nada, eres tú el que necesita de mí, pero yo te rechazo y desprecio (Núñez, 1991).

Es importante indicar que los factores que inciden en estos trastornos narcisistas son los siguientes:

- Carencia de suministros narcisistas por parte de los padres. El conocimiento de la deficiencia del hijo los enfrenta al fracaso, a la frustración de todo aquello valorado

y deseado hasta ese momento. Es una injuria a su narcisismo. Este niño con el daño no satisface de ningún modo las expectativas y deseos depositados en él, no es una fuente de orgullo ni satisfacción.

Estos padres afectados de algún modo en su narcisismo no podrán ofrecerle los elogios básicos, los suministros narcisistas (la confirmación, la valoración, la aceptación) que son la base de los núcleos de seguridad en sí mismo del hijo (Benoit y De Torero, 1995, Colin, 1985, Núñez, 1991).

- Metas muy elevadas ofrecidas como ideales. En muchos casos las metas que se muestran como modelo pueden ser tan elevadas que resultan inalcanzables por el chico. Por lo tanto, todo lo que haga nunca será suficiente ni satisfactorio.

Este ideal tan elevado surge de la interacción con los adultos con los que se vincula. Tanto padres como docentes insatisfechos en sus expectativas narcisistas pueden relacionarse con el sordo de modo exigente y controlador en cuanto a rendimientos y eficacia (Núñez, 1991).

- Falta de oportunidades de ejercicio de otras funciones que ofrecen placer narcisista. Al sordo no se le brindan oportunidades de movimiento, observación, exploración, investigación, descubrimiento, creación, prueba de funcionamiento de otras áreas sanas que sean fuente de satisfacción narcisista compensadora, de afirmación de sí mismo, y que le permitan ubicarse en un lugar de preferencia ante los ojos de los otros o frente a los suyos propios (Núñez, 1991)

LA INTELIGENCIA.

Diversas investigaciones, admiten ciertos retrasos cognoscitivos en el sordo. Ante lo anterior, existen dos teorías que explican este hecho. Una teoría acepta que los retrasos cognoscitivos dependen, en el niño sordo, de la falta de ejercicio del lenguaje, de su práctica tardía o restringida. Otra teoría ha sido expuesta por Furth y proviene de

la doctrina de Piaget que dice que el desarrollo de la inteligencia no depende del lenguaje, sino de la acción y de las distintas relaciones lógicas o matemáticas que la acción permite desempeñar (Colín, 1985). Las aportaciones que a continuación se presentan se basan en éstas dos teorías.

Ramírez (1982) indica que los niños con deficiencia auditiva sólo reciben información concreta de lo que ellos mismos ven y experimentan, perdiendo toda la demás información que va más allá de lo que tienen presente. Se ha observado que en el niño sordo el canal visual está más desarrollado, pero cuando es necesario un soporte simbólico, el oyente está en mejores condiciones.

Suria (1974) menciona que la inteligencia del deficiente auditivo es igual a la de los oyentes, sin embargo es importante procurarles las condiciones necesarias para lograr su desarrollo, principalmente en los primeros años de vida ya que la falta de estimulación o carencias, no podrán ser repuestas posteriormente.

Zwiebel y Mertens (en Espinosa y López, 1991) realizaron en 1985 un estudio en Israel con 251 niños sordos y 101 oyentes, encontrando que la estructura cognoscitiva en los niños sordos parece darse de un estado de menor a mayor organización de la inteligencia general y de una orientación perceptual a un pensamiento abstracto.

Para Airmard y Morgon (1989), los niños con deficiencia auditiva tienen una secuencia evolutiva prácticamente igual a la de los oyentes, aunque con un mayor retraso en la adquisición de determinadas nociones lógicas, sobre todo de aquellas que están en coordinación de dos esquemas, como la conservación de la longitud o un mayor nivel de abstracción.

Para Ramírez (1982), la inferioridad que los sordos muestran, no es consecuencia de un retraso mental, sino de los trastornos del lenguaje ocasionados por la deficiencia auditiva.

Explícitamente Suria (1974) plantea que esta ausencia del lenguaje ocasiona una falta de información, establecimiento y expresión de algunas estructuras mentales relacionadas con el pensamiento abstracto, el razonamiento lógico, la simbolización y todo lo que atañe al lenguaje interior. Cabe sin embargo mencionar que el niño no habla, no porque sus instrumentos del habla no funcionen, sino porque no oye lo que hablan a su alrededor y más aún, no dispone en su mente de ningún cuadro sonoro, no posee una "lengua interna", condición importante para el curso de muchos pensamientos (Airmard y Morgon, 1989).

En este sentido, Conrad en 1979 (en Marchesi, 1987) realizó un estudio con adolescentes sordos, donde clasificó a los sujetos con pérdidas auditivas superiores a los 85 decibeles en tres grupos según el momento de pérdida, encontrando que el nivel de habla interna disminuía entre más temprano se producía la misma. Luego clasificó a los adolescentes según el nivel de pérdida auditiva y observó que a mayor nivel, menor habla interna, lectura e inteligibilidad del habla. Finalmente, aplicando el Test de Matrices de Analogías de Raven quiso ver si había diferencia significativa en el nivel intelectual entre sordos profundos cuya causa era hereditaria y sordos con otro tipo de etiología. Los resultados obtenidos mostraron que el nivel intelectual era mayor en adolescentes con etiología hereditaria, los cuales pueden ser consecuencia de que las sorderas adquiridas generalmente están asociadas a otras anomalías.

Marchesi (1987) destaca que las habilidades lógico-matemáticas, como el concepto del número, conceptos espaciales y temporales también presentan retraso, debido a que para la adquisición de estos conceptos se requiere de gran intercambio verbal del cual la mayoría de estos sordos carecen.

En relación a la memoria (habilidad para asociar, retener y recordar experiencias) en el niño con deficiencia auditiva no existe la posibilidad de recordar la forma sonora (Marchesi, 1987).

La capacidad de memoria en el sordo con deficiencia auditiva puede verse disminuida al estar limitado su comportamiento simbólico, sin embargo sus respuestas en los tests pueden ser similares y en algunas ocasiones superiores a las del oyente, al aplicar pruebas que midan la memoria visual, táctil o de localización de los objetos (Ramírez, 1982, Suria, 1974). Se puede explicitar ésto diciendo que la rapidez en la evolución de su desarrollo cognoscitivo no es igual en todos los aspectos, esta rapidez es unas veces igual, y otras inferior o mayor a las del desarrollo cognoscitivo de los niños oyentes.

Consecuentemente, el sujeto con deficiencia auditiva con respecto al oyente es superior en memoria de dibujos, en memoria táctil y en memoria de movimientos; se encuentra al mismo nivel que los oyentes en la localización de objetos y es inferior en memoria de puntos (test con dominós), en serie de láminas, así como de números, en memoria espacial y en memoria visual generalizada (Ramírez, 1982; Suria, 1974). Estos datos aportados por diversos autores ya mencionados, enfatizan por tanto; la ausencia del lenguaje oral como explicación de la presencia de retrasos en el desarrollo cognoscitivo

Sin embargo existe a su vez una postura que contrasta con la información anterior:

En oposición menciona Furth por ejemplo, que una de las barreras formidables para evaluar el desarrollo cognoscitivo en los niños con alteraciones auditivas era la habilidad del examinador para comunicar las dimensiones esenciales de la tarea y para proveer al sujeto con alteración auditiva de una forma de respuesta que no le penalizara por su falta de habilidad en el lenguaje o del habla. Furth, en 1973 desarrolló algunas técnicas no verbales para evaluar las tareas de conservación de la cantidad, de niños con alteraciones auditivas. Los resultados de estos estudios llevaron a Furth a concluir que el lenguaje no era un requisito necesario para el desarrollo cognoscitivo y que la brecha en este tipo de desarrollo ya mencionado entre los niños sordos y niños con

audición normal se estrechaba considerablemente o se borraba en la edad adulta (Marchesi, 1987).

Los resultados del estudio indican que el lenguaje empleado por el examinador afecta el rendimiento en conservación en todos los niños; y de tal forma demuestra una posible razón para la brecha significativa que se había encontrado en estudios previos entre los estudiantes con alteraciones auditivas y los estudiantes con audición normal (Marchesi, 1987, Morris y Blatt, 1990).

De ahí que Furth, establezca que entre una de las condiciones para la aplicación de cualquier Test mental al sordo, éste instrumento debe ser no verbal, es decir, no debe requerir por parte del individuo examinado, una respuesta oral ni escrita (Colin, 1985). Definitivamente con lo anterior se explica el por qué se eligieron las pruebas utilizadas a lo largo del Servicio Social, y que en el siguiente capítulo se describirán detalladamente. Retornando a la temática planteada, se concluye con toda la información ya revisada, que los estudios dedicados al desarrollo mental del sordo, están motivados por problemas prácticos y consideraciones teóricas. Por tanto en el siguiente apartado se dará un breve bosquejo histórico acerca de la evaluación de la inteligencia, con el fin de comprender más a fondo sus implicaciones.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA.

A través de lo revisado se ha observado que las estimulaciones visuales, táctiles y acústicas ponen en marcha procesos cognoscitivos durante los primeros años. La estimulación genera interés y actividad en el sordo, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente, así como un aprendizaje efectivo.

La concepción que se tiene sobre el funcionamiento intelectual y cognoscitivo del sordo con deficiencia auditiva ha ido cambiando a través del tiempo y del surgimiento de nuevas teorías. Desde pensar en el sordo como un ser infrahumano por carecer de lenguaje (Pintner en Espinosa y López, 1991) hasta autores como Stein,

Vernon y Furth (en Espinoza y López, 1991) quienes afirman que el sordo sigue un desarrollo intelectual igual al de los oyentes.

A finales de los 60's, la obra de Furth (en Marchesi, 1987), fundamentada en la teoría de Jean Piaget, causa revolución en la concepción de la cognición. La aplicación de esta teoría a la psicología de los sordos implicó que los individuos con deficiencia auditiva podían acceder al pensamiento lógico sin el sistema convencional del lenguaje, modificando radicalmente las hipótesis anteriores que sostenían que la privación auditiva y lingüística es el origen de las limitaciones intelectuales de los sordos.

Furth (en Bolton, 1976) realizó algunos experimentos basándose en la teoría de Piaget, revelando que los sujetos sordos generalmente ejecutaban las tareas de símbolos, memoria y percepción, de manera similar a los niños oyentes de su misma edad. Esto implicaba que el lenguaje no era condición necesaria para el éxito en la realización de las diversas tareas cognoscitivas, concluyendo que el bajo desenvolvimiento que los niños sordos manifestaban en estas tareas se debía, en mayor medida, a las carencias experienciales y no a la deficiencia del lenguaje.

Por medio de estos estudios, se obtuvo evidencia de que a pesar de las importantes diferencias entre los niños sordos y los oyentes, consecuencia de la información obtenida a través de la experiencia visual y auditiva, el proceso de aprendizaje, memoria, percepción y cognición son funcionalmente similares (Bolton, 1976).

Dentro de este marco teórico, la conclusión más importante fue que la capacidad cognoscitiva de los sordos es semejante a la de los oyentes, y la aparición de un posible retraso se debía principalmente a las deficiencias experienciales que el sordo vive, entre las que se encuentran la comunicación y la expresión lingüística, por lo que la deficiencia auditiva no está necesariamente conectada con la falta de inteligencia (Marchesi, 1987).

De los 80's a la actualidad, el lenguaje ya no se considera exclusivamente determinado por el desarrollo intelectual, tampoco que la inteligencia radica en la experiencia física con los objetos; el lenguaje también dirige, organiza y sustenta la actividad intelectual. Las relaciones sociales del individuo, donde la comunicación ocupa un papel determinante ha vuelto a ser considerado uno de los motores de la dialéctica cognoscitiva (Marchesi, 1987).

Actualmente las pruebas de inteligencia frecuentemente utilizadas son la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler Revisada (WISC-R), Hisek- Nebraska, el Goodenough Harris, el Arthur Adaptation of the Leiter, el Columbia Mental Maturity, el Merrill-Palmer Scale, el Ravens' Progressive Matrices, el Peabody Picture Vocabulary Test, Dibujo de la Figura Humana, Cubos de Kohs, Laberintos, tests no verbales de Borel- Maissonny, Escala de Rendimiento de Borelli-Oleró, Escala de Rendimiento de Snijders-Oomen y la Escala de Ejecución de Inteligencia de Grace Arthur Point (forma I y II) (Airmard y Morgon 1989, Bolton, 1976). A continuación se mencionará algunas investigaciones relevantes donde se han utilizado algunas de éstas pruebas.

Snavstava y Selvi (1988), realizaron un estudio entre niños sordos y normales para investigar si habían diferencias de inteligencia comparando sexo y nivel económico. Para tal efecto, aplicaron la prueba de Matrices Progresivas de Raven a 60 sujetos normales y 60 sujetos sordos entre los 9 y 11 años. Los resultados demostraron que los niños sordos tienen un menor nivel de inteligencia que los niños normales, y que el género y el nivel económico tiene efecto en la inteligencia de los sujetos. La media de inteligencia de los hombres fue más alta que la de las mujeres y quienes tenían mayor nivel socioeconómico presentaban mejores resultados.

Por su parte, Phelps y Ensor (1987), aplicaron el WISC-R a 60 mujeres y 65 hombres sordos entre 6.7 (6 años, 7 meses) y 16.9 años. La única diferencia significativa entre ambos sexos fue en la subescala de codificación, donde las mujeres obtuvieron un rendimiento menor en la escala de 1.77 puntos aproximadamente. Los

resultados arrojaron que las mujeres poseían una mejor coordinación visual motora y velocidades. Mientras que los hombres demostraron tener mejor análisis espacial y síntesis. Las conclusiones de este estudio indicaron que no existía diferencia significativa por el género (excluyendo la subescala de codificación).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

De nada serviría un profundo conocimiento de la problemática de la sordera, así como de sus causas y prevención, si todo ello no concurre en la búsqueda de mecanismos compensadores de la función alterada. El sordo no sólo padece un déficit auditivo, sino que su problema es más complejo, ya que la comunicación humana, se encuentra bloqueada, así como diversos procesos de pensamiento (Ramírez, 1982).

Los resultados de cualquier intervención están condicionados a un amplio campo de dificultades crecientes, directamente proporcionales al grado de pérdida auditiva, a la precocidad con que se instauró la sordera y al entorno cultural que rodea al individuo incapacitado. Por contra, como factor positivo se puede aducir que, el entusiasmo y perseverancia de las personas encargadas de la intervención, dependen de las posibilidades de sobrepasar las dificultades antes apuntadas (Ramírez, 1982).

La educación del sordo ha de ser una tarea compartida tanto del centro especializado como por ambos padres, y si es justo, por el resto de hermanos y familiares (Henderson y Hendershott, 1991).

Sin embargo diversos obstáculos dificultan ésta tarea: materiales (medios económicos, escasez de ofertas de centros adecuados) familiares (madre trabajadora, padres ausentes, huérfanos, hospicios), personales (retraso psicomotor, inicio tardío de la estimulación), etc.

El inicio de las tareas de intervención ha de ser lo más precoz posible, no obstante como ya se mencionó, en muchos casos, condicionamientos psicosociales dificultan la aplicación inmediata del diagnóstico de sordera. En la actualidad se está de

acuerdo en que la educación precoz debe de iniciarse, si es posible, antes de los tres años; ya que a esta edad continúa el proceso de maduración de las estructuras cerebrales que son activadas mediante el entrenamiento, máxime cuando se pretende estimular determinadas funciones supletorias de los mecanismos de comunicación lesionados.

Actualmente existen diversas alternativas de tratamiento que ayudan a los sordos a mejorar su calidad de vida y que a continuación se mencionan.

- **Los auxiliares auditivos.** Los auxiliares auditivos son un sistema individual y portátil de amplificación del sonido. Su función es incrementar el sonido hasta el grado en que el individuo con pérdida auditiva pueda usar sus restos auditivos de manera efectiva, es decir, percibir por vía auditiva la mayor cantidad de elementos del habla y de otros estímulos sonoros significativos, que su audición residual le permita (Davis y Silverman, 1990; Northern y Downs, 1991, Olsen, 1986).

Es conveniente que al adquirir un auxiliar auditivo se haga una selección cuidadosa y la adaptación correspondiente; ésto con la finalidad de proporcionar a cada sujeto la amplificación adecuada de acuerdo con sus umbrales auditivos (Northern y Downs, 1991; Skinner, 1988).

En este sentido, Flores y Berruecos (1991), mencionan que la prescripción del aparato auditivo, se basará en el diagnóstico de localización, la causa del problema y en las distorsiones de la sensación de la audición (ya que no solamente, la persona con un problema auditivo, tiene fallas en la relación con la magnitud de la audición, sino además con la calidad de la audición), asimismo es necesario considerar la condición psicológica, social y familiar del sordo.

La temprana utilización de los auxiliares auditivos es una herramienta que facilita el desarrollo del sordo, esto es, adaptarlos inmediatamente después de la integración del diagnóstico y de la determinación de la curva audiométrica (obtenida a través de un examen audiométrico).

Aunque las adaptaciones se efectúan por vía aérea en el 95%, la vía ósea se usa cuando hay presencia de malformaciones congénitas del pabellón y del conducto auditivo, puesto que es imposible realizar la amplificación por el conducto aéreo natural (Flores y Berruecos, 1991).

Por otro lado, es común que sólo en el oído menos dañado, se adapte un aparato no obstante; en la actualidad se recomienda adaptar en forma binaural, obteniendo la sensación estereofónica, y siendo además una adaptación apta cuando la pérdida bilateral es simétrica; ya que si es asimétrica con diferencias mayores de 20 a 26 dB entre uno y otro oído, la adaptación es más compleja (IDEM, 1991).

Entre los aparatos de amplificación auditiva están las cajas que se colocan sobre el cuerpo y llevan la estimulación auditiva a los oídos por medio de un cordón. Otro tipo son las curvetas retroauriculares, que se usan sobre el pabellón de la oreja logrando la amplificación auditiva a nivel del oído semejando lo más posible las condiciones normales de captación y por último se tienen los aparatos intrauriculares (IDEM, 1991).

Finalmente, es necesario vigilar que el niño tenga una buena adaptación en el uso del aparato, así como constancia, ya que de otro modo, sólo encontrará un fondo sonoro carente de significado o lo rechazará por exceso de estimulación.

Por otro lado, en el área del lenguaje y de comunicación, para actuar favorablemente en los déficits de estas áreas, se utilizan las metodologías orales y/o las manualistas, como técnicas de intervención (Flores y Berruecos, 1991).

• **Los métodos orales** tienen como objetivo la enseñanza de la comunicación a través del habla, por consiguiente, se utilizan una serie de estrategias para obtener este resultado:

- **Lectura labio-facial.** Implica observar el movimiento de los labios y de la expresión de la cara de la persona que habla. Al sordo hay que proporcionarle situaciones interesantes y estimulantes para lograr los resultados propuestos, con el

propósito de que se convierta en un observador de la expresión labio-facial antes de intentar propiamente la lectura de los labios, hasta que, mediante la constante ejercitación, mire los labios de manera automática (Flores y Berruecos, 1991).

- Articulación. Este método será la base para el futuro desarrollo del lenguaje. A través de la aplicación de esta técnica se busca adquirir un dominio de los órganos que contribuyen a la emisión de la voz, el sordo ha de controlar la captación del aire y la emisión sonora, adquirir el hábito de la inspiración nasal y aspiración bucal, así como dominar la respiración abdominal (Ramírez, 1982)

Por otra parte, para la producción del habla se debe de cumplir con ciertos requerimientos físicos, ya que los movimientos de las estructuras orofaciales son necesarios para la correcta producción de sonidos (Ramírez, 1982).

-La estimulación perceptual auditiva. Es un método unisensorial, que se enfoca en utilizar la audición residual al máximo como principal canal de recepción del lenguaje; de ahí la importancia de la utilización de los auxiliares auditivos (Ling, 1988). Aquí, la estimulación precoz juega un papel importante, sugiriendo su aplicación desde el momento en que exista la sospecha de pérdida auditiva (Muscarsel, 1988).

La estimulación precoz pretende habituar al organismo a utilizar los mecanismos supletorios sobre los que se desarrollará en el futuro la metódica de la educación, mediante la potenciación de las vías perceptivas complementarias que puedan suplir la carencia de la audición.

Se basa en un exhaustivo aprovechamiento de las posibilidades del niño (restos auditivos amplificados, emisión espontánea de sonidos, tendencia a la imitación, etc.), con el objeto de preparar un terreno para que la futura enseñanza especializada pueda ser asimilada en el mayor grado (Ramírez, 1982).

En la fase en que se inicia la educación precoz, existen dos estadios: en el primero existe una escucha previa de los sonidos y ruidos procedentes del ambiente y en especial de los juguetes sonoros, voces, etc. Después en el segundo estadio existe

un intento de reproducir, por parte del niño los sonidos percibidos, aunque sea de manera defectuosa, así como de los que él ha emitido espontáneamente (Ramírez, 1982).

- **Desarrollo del lenguaje oral.** El desarrollo fonológico en niños con pérdida auditiva se ve influenciado porque la audición se encuentra afectada. Sin embargo, de acuerdo con los métodos orales, el niño puede adquirir el lenguaje a través del uso de auxiliares, de entrenamientos y aprendizajes auditivos (Barbieri, 1988).

En esta técnica, lo que se busca es enseñar la asociación entre símbolos lingüísticos y sus conceptos, para mejorar la organización, la generalización y la clasificación de la realidad, es decir, llegar a la comprensión del lenguaje necesario para el desarrollo de la expresión (Barbieri, 1988).

Cabe mencionar que en los métodos manuales existen dos categorías de comunicación manual: el lenguaje manual y el sistema de señas.

• **El lenguaje manual.** Mediante el lenguaje manual el sordo aprende a comunicarse con las manos y con su cuerpo, recibiendo toda la información a través de la visión. El niño con deficiencia auditiva puede acceder a él de una manera natural y espontánea (Marchesi, 1987), ya que nunca es posible eliminar algún tipo de expresión gestual, aún con la más rígida educación oralista (Ramírez, 1982).

El lenguaje manual es amplio, ya que el significado de la palabra se analiza en base al movimiento de las manos, posición de la mano en sí y posición de los dedos. La palabra como los gestos, las señas y el deletreo, se complementan unos a otros contribuyendo a una mejor comprensión y expresión del lenguaje o información por parte del sordo (Serafín, 1991). Al respecto Benoit y De Torero (1995), apoyan este modelo de comunicación, ya que comentan que no se puede mantener una lucha en dos frentes a la vez, uno a nivel de restauración de la comunicación del individuo, y otro a nivel del aprendizaje de un lenguaje oral muy difícil de adquirir en el caso del sordo. Agrega a lo anterior que la experiencia clínica muestra que los niños sordos que

presentan inicios de retraimiento relacional se pueden beneficiar a nivel terapéutico del uso por parte de los padres del lenguaje manual. Inversamente para los padres, la práctica de este lenguaje, favorece el realizar un trabajo de elaboración en torno del handicap de su hijo que les permite aceptarlo tal como es. Con lo anterior se observa que a través de intervenciones a nivel de lenguaje como es el que se cita aquí, este trasciende, repercutiendo positivamente en el área afectiva.

- Los sistemas de señas. Por contra éstos han sido creados para facilitar el aprendizaje del lenguaje oral al sordo.

Algunos de estos sistemas consisten en el deletreo de las palabras, por medio del cual el niño se hace consciente de los sonidos del lenguaje y su equivalente simbólico otros consisten en la traducción del lenguaje oral al manual, utilizando las señas de este último y manteniendo la sintaxis del primero (Northern y Downs, 1991).

No obstante con todo lo antes expuesto, en la actualidad existe una corriente de opinión en favor de la integración de ambos métodos para la intervención del deficiente auditivo sugiriendo la comunicación total y el bilingüismo, los cuales pretenden lograr la adquisición de un lenguaje, optimizando la comunicación y desarrollando en lo posible, los procesos del pensamiento (Serafin, 1991). En sí estos métodos no sólo tienen un enfoque didáctico, sino que trascienden el ámbito escolar para proporcionar a las personas con trastornos auditivos elementos necesarios que les permitan integrarse al mundo de la comunicación humana, tanto de las personas oyentes como de las no oyentes, para eliminar actitudes segregacionales (Morris y Blatt, 1990).

Cabe enfatizar, con lo último mencionado, la importancia que tiene la comunicación afectando las demás esferas del desarrollo del sordo, como son el área afectiva, lenguaje y cognitiva. También se añade a lo anterior el hecho de cómo influye el constructo teórico que está detrás de cada método de intervención utilizado para cada área. Por ejemplo en lo que respecta al desarrollo intelectual, una teoría menciona

que el asegurar un dominio más rápido y un mejor ejercicio de la lengua tendrá consecuencias favorables sobre este desarrollo (Colín, 1985).

En contraste, otra teoría apoya que los ejercicios sin vínculo con el lenguaje, pero poniendo en práctica las diversas formas de actividades y de relaciones características de la inteligencia deberían comportar un efecto positivo en el área cognitiva. Ejemplo que apoya el último constructo desarrollado, es el citado por Rozanova quien en 1971 comprobó que las exploraciones y las repeticiones conducen a mejorar resultados en el Test Progressive Matrices de Raven. Se suman también a lo anterior Furth y Youniss en 1971, quienes demostraron a su vez la eficacia de un entrenamiento para utilizar símbolos lógicos (Colín, 1985).

CAPITULO 3.

INSTRUMENTOS APLICADOS CON LA POBLACION ATENDIDA.

Es innegable el reconocer las dificultades a las que se enfrenta el sordo, ya que su problema no radica únicamente en una deficiencia a nivel sensorial, sino que abarca además una repercusión en su desenvolvimiento en las esferas del lenguaje, cognitiva, emocional y social. Y como ya se mencionó el desarrollo que retome éste déficit sensorial se verá mediado por el factor que origina la sordera, así como la presencia o ausencia de intervención, entre otros.

De lo anterior se infiere la necesidad de identificar los problemas específicos que tiene cada sordo, de tal manera que se proporcionen datos para remediarlos. Es decir se debe partir primero de una evaluación y diagnóstico para posteriormente intervenir.

Se precisa además que la evaluación así como el diagnóstico deben de cubrir ciertos requisitos para ser objetivos, válidos y adecuarse a los requerimientos de la población, la cual como ya se mencionó se distinguen por presentar un déficit en la adquisición del lenguaje verbal, y es por ésto que los instrumentos a utilizarse su contenido debe ser no verbal.

Por lo anterior, en este capítulo se dan a conocer los instrumentos empleados para conocer las características y hallar posibles déficits en las áreas cognitiva y emocional del sordo, en el Servicio Social. Cada prueba se acompaña de su fundamentación histórica, así como el área que valora, aplicaciones y validez; con el fin de comprender por qué se seleccionaron para esta actividad.

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS PARA LA MEDIDA DE LA CAPACIDAD INTELLECTUAL DE RAVEN.

- **Fundamentación.** Antes de brindar un ligero bosquejo de las bases teóricas del Test de Raven, convendrá establecer algunas significaciones previas importantes. factor de inteligencia, análisis factorial, teorías factoriales y tests factoriales (Bernstein, 1987).

a) Factor de inteligencia. La inteligencia está integrada por un conjunto de habilidades y éstas, a su vez, por factores. La postulación de estos factores no resulta de la observación y medición directa sino de un proceso de educación lógica basado en las correlaciones entre las habilidades. El supuesto lógico en cuestión que sirve de fundamento al concepto de factor es que si dos habilidades están correlacionadas entre sí en alguna medida, en esa medida ambas han de estar en dependencia con un factor común; si dos habilidades están correlacionadas entre sí en cierta medida, cada una de ellas ha de incluir dos factores: un factor común a ambas (que determina la correlación entre esas habilidades) y un factor específico de cada una (que determina la diferenciación entre esas habilidades) (Bernstein, 1987).

b) Análisis factorial. Se ha denominado así el método objetivo y empírico basado en la observación exterior y la estadística, introducido por Spearman en 1904, y empleado con gran fecundidad por la psicología contemporánea para la determinación de los factores de la inteligencia tal como se evidencian en los tests.

c) Teorías de los factores de la inteligencia. Sobre el fundamento empírico señalado, se han concebido en los países angloamericanos diversas teorías de la inteligencia. Todas ellas tienen en común la creencia en la posibilidad de explicar la inteligencia como una entidad mensurable por el número, extensión y organización de

las habilidades intelectuales. Cabe distinguir las teorías que sostienen un factor central, factores de grupo y factores específicos. La primera de ellas está representada por la "Teoría de los factores" de Spearman, una de las más trascendentales de nuestro tiempo, y que es la que sirve de fundamento al test de Raven (Bernstein, 1987).

d) Teoría ecléctica de los 2 factores. Al comienzo del siglo XX en 1904, inspirado en Galton y por otro influido por Wundt -con quien trabajó en Liepzig-, Spearman inició sus fecundas investigaciones sobre la inteligencia. Empleando como método el análisis factorial, Spearman formuló la Teoría de los 2 factores o Teoría bifactorial. Su tesis sostenida por toda una escuela, la Escuela de Londres, que tiene en Spearman su máximo representante, promovió vastas discusiones teóricas y también fecundas aplicaciones prácticas, alcanzando dentro del campo de la Psicología muy amplia repercusión, así como la categoría de una de las principales teorías de la inteligencia de nuestro tiempo.

Pese a su denominación de bifactorial, la teoría de Spearman distingue en rigor, tres factores de la inteligencia (Bernstein, 1987).

- **Factor G (General Factor, G Factor).** Es un factor cuantitativo de la inteligencia. Sólo un factor, pero el común y fundamental de todas las funciones cognoscitivas del mismo individuo. Su magnitud es intraindividualmente constante e interindividualmente variable: constante en todas las habilidades de un mismo individuo y ampliamente variable de un individuo a otro. *g* significaría, pues aproximadamente, lo que en la práctica se llama "inteligencia general", pero se comprende que no debe asimilárselo a ella, ni tampoco a función particular alguna, como la abstracción o la atención (Bernstein, 1987).

- **Factor E. (Specific Factors S Factor).** Éste es variable, intra e interindividualmente: variable tanto de una a otra habilidad de un mismo individuo, como de uno a otro individuo. Por tanto e es propio de cada habilidad particular y no depende ni se correlaciona con g ni con los otros e.

- **Factores de Grupos Comunes (Overlapping Factors).** Es un factor común a muchas de las habilidades de un conjunto a fin de relacionar unitariamente gran parte de un conjunto dado de habilidades. Spearman ha identificado, entre otros los siguientes factores de grupo: V, verbal; M, mecánico; espacial (relaciones espaciales); N, numérico (aptitud para operaciones aritméticas); memoria (incluye varios otros), lógico (deducción e Inducción); H, habilidad (capacidad de cambiar rápidamente de tarea mental a otra distinta), P, perseverancia (lo opuesto al anterior) (Bernstein, 1987).

En suma, Spearman considera que la inteligencia está determinada por un alto número de factores especializados (uno para cada función); por un número limitado de factores de grupo (que intervienen en cierto número de funciones) y por un factor general (común a todas las funciones) .

- **Tests Factoriales.** Spearman afirmaba que todo test depende de un factor específico y, en mayor o menor grado (grado de saturación), del factor g. Cuanto más dependa un test de g mayor saturación tendrá; y mejor medirá el valor de g en el individuo, cuanto menos saturación de g acuse mayor medirá el factor e. Por consiguiente, g interviene siempre en todos los procesos de educación de relaciones reales -espacio, tiempo, identidad, causa, etc.- ó ideales -evidencia, similitud, etc. , tal como se implican en las pruebas tradicionales de percepción sensorial, memoria, imaginación y, especialmente en las llamadas de "inteligencia, general". Spearman y la escuela inglesa se dieron a la tarea de construir tests homogéneos de alta saturación g,

y tras investigaciones hechas por Line, Stephenson, Brown, se arribó a la conclusión de que los tests homogéneos más saturados de g son los de razonamiento matemático o gramatical (de sinonimia, de oposición), los de percepción de relaciones complejas con material visual y, en especial, los de material no verbal, perceptivos, a base de problemas de educación de relaciones (Bernstein, 1987).

- **El Raven Como Test Factorial.** Dentro de esta línea de investigación psicométrica, que busca la máxima saturación posible para g -y precisamente mediante pruebas homogéneas no verbales, perceptivas y de educación de correlatos-, compuso Raven su test de Matrices Progresivas, que alcanzó una difusión y resonancia mayores que ningún otro del mismo tipo. El test de Raven busca, en efecto, medir el factor general. Suministra información directa de la magnitud individual de determinadas funciones cognoscitivas (observación y razonamiento) y una cierta evaluación de casi todas ellas: la medida de la capacidad intelectual general, denominador común de la totalidad de las operaciones de la inteligencia (Bernstein, 1987).

- **El Test de Raven y la Concepción Neogenética de Spearman.**

En lo que respecta a la actividad intelectual, Raven se ajusta a la concepción de Ch. Spearman, menciona el primero que ésta es primordial y esencialmente, ideopresentación, aprehensión de relaciones: toda saturación (objeto o idea) se da en la percepción o en el pensamiento con arreglo a determinadas ordenaciones recíprocas que son captadas de un modo inmediato, intuitivo, por el sujeto (Bernstein, 1987).

Spearman anuncia 3 leyes del proceso de constitución y formación del conocimiento, a las que denomina leyes neogenéticas ("Noesis": autoevidencia, "Génesis": creación), con las cuales el Test de Raven se halla directamente vinculado: Primera ley neogenética, de educación de relaciones: Ante dos o más ítems toda

persona tiende a establecer relaciones entre ellos. Segunda ley neogenética, de educación de correlatos: Ante un ítem y una relación, toda persona tiende a concebir el ítem correlativo (Bernstein, 1987). Tercera ley neogenética, de autoconsciencia o introspección: Toda persona tiende a conocerse de un modo inmediato a sí misma y a los ítems de su propia experiencia. Estas tres leyes psicológicas cualitativas indican el sentido genético del conocimiento y su proceso: la educación de correlatos supone el saber de las relaciones y de los fundamentos (y éste el de la autoconsciencia); la educación de relaciones presupone el saber de los fundamentos y éstos a su vez la autoconsciencia. Los 60 problemas de educación de relaciones y correlaciones de Raven, están seriadas en orden de dificultad progresiva: las primeras series plantean variados problemas de educación de relaciones (si bien la tarea de percepción estructurada es en las dos primeras lo fundamental), y las últimas, problemas de educación de correlatos (Bernstein, 1987).

- **Noticia Histórica.** J. C. Raven, psicólogo inglés, Director de Investigaciones Psicológicas de "The Crichton Royal" (Dumfries), con la colaboración inicial de Penrose, y con fines de investigación, imprimió por vez primera sus "Progressive Matrices" en 1936, y en 1938 estaban ya estandarizadas y publicadas como test. Según el autor, la experiencia recogida probó que el test no necesitaba ser revisado (Bernstein, 1987)

Pero hacia 1947 consideró en cambio, preciso acoplar a su Test de Matrices una adaptación que satisficiera los fines siguientes: Raven consideró útil derivar de su test una Escala Especial aplicable para medir las funciones perceptuales y racionales de niveles de madurez inferiores a los 12 años (5 a 11 años), de los débiles mentales y de sujetos con serias dificultades de lenguaje y de audición, 2) cuya dispersión de

puntaje permitiese una mejor discriminación, y 3) que su puntaje fuese menos susceptible a la influencia del azar .

Con la mira de lograr aquellos objetivos, Raven introdujo estas 3 modificaciones a su test originario: 1) Reducción de Matrices. Para adaptar su test a sujetos de menor inteligencia, Raven acortó y simplificó la prueba. Suprimió las series C, D, E, que plantean los más difíciles problemas, los de educación de correlatos (razonamientos analógicos) y conservó las series A y B, que formulan en especial problemas de relación perceptual. Pero con la finalidad de conseguir una mayor dispersión de puntaje, entre las series A y B interpoló una nueva, de dificultad intermedia entre ambas, a la que por esta razón denominó "Ab". Así en lugar de las 5 series A,B,C,D y E de la escala original, la nueva quedó abreviada a tres: A, Ab, B (Bernstein, 1987).

Es importante mencionar, que el test de Raven sirvió de modelo para tests del factor g que más tarde construyeron otros autores. Entre los principales, figura el Test de Dominós, de Anstey (1944-1955), adaptado en Francia por Pichot como Test D 48 (1950) y el que E , del Olmo (Venezuela) le agregó una segunda forma, paralela (1957). Confrontando con el Test de Dominós, el Raven tiene las siguientes ventajas: una más fácil administración en sujetos menores de 12 años, en virtud de (a) explicación más simple, (b) protocolo de prueba más fácil y (c) ejecución más atractiva, por el material gestáltico de sus primeras series.

- **Descripción General.** El test Raven es un instrumento destinado a medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. Informa acerca de la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado (Bernstein, 1987).

El Raven es un test no-verbal, tanto por la índole del material como por la respuesta que demanda del examinado.

Por la índole de sus problemas: un test de matrices.

Cada figura geométrica implica un patrón de pensamiento. La serie completa integra una escala de matrices en orden de complejidad creciente construida de manera de revisar en la forma más completa posible los sistemas de pensamiento del desarrollo intelectual (Bernstein, 1987).

Por la tarea interna que debe realizar el examinador un test perceptual, de observación, comparación y razonamiento analógico. El examinado ha de descubrir la matriz de pensamiento implicada en cada figura y para ello debe de realizar una tarea de observación, comparación y razonamiento analógico.

Por la forma de obtener la respuesta: un test de selección múltiple.

Para que el sujeto brinde su solución, se le ofrece, para cada una de las figuras lacunarias que lo integran, varios (6 u 8) trozos entre los cuales se encuentra el único adecuado, a fin de que indique cuál de ellos es el que considera apropiado.

Por su administración es un test autoadministrable, y por tanto puede administrarse, indistintamente, en forma individual o colectiva (Bernstein, 1987).

Por sus fundamentos un test factorial.

- **Validez.** En lo que respecta a la validez, en general los expertos coinciden en la opinión de las "Matrices Progresivas" constituyen en el presente un instrumento de trabajo altamente satisfactorio (Bernstein, 1987).

- **Aplicaciones.** El test de Raven es utilizable como instrumento de investigación básica y aplicada. En esta última, sirve como una herramienta de clasificación educacional, e industrial y como test clínico.

- Se emplea, entre otros:

- a) En los centros de investigación psicológica y sociológica: para estudios diferenciales y sociales de capacidad intelectual, según edad, sexo, medio, status, económico-social, profesión (Bernstein, 1987).
- b) En los establecimientos de enseñanza primaria y secundaria: para ayudar en la formación de clases homogéneas mediante la agrupación de los alumnos de capacidad intelectual semejante, para discriminar el tipo predominantemente perceptivo o lógico de los alumnos particularmente en aquellos que se destacan por una alta o baja capacidad o rendimiento.
- c) En las clínicas psicológicas: Para un primer examen de capacidad intelectual y de la deterioración mental (Bernstein, 1987).

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH.

- *Fundamentación.* No es novedad que los dibujos espontáneos de los niños informan sobre su desarrollo psicológico. Ya en 1885 Ebenezer Cooke, publicó un artículo referente a los dibujos infantiles, donde describía las sucesivas etapas de desarrollo, tal como él las observara (Bernstein y Terman, 1987).

A fines del siglo XIX; al acrecentarse el movimiento de estudio del niño, emprendiéronse numerosas investigaciones similares, Pérez, Sully, Barnes, Baldwin, Shinn, Brown, Clark, Herrick, Lukens, Maitland, O`Shea y Götze, son los más conocidos entre los primeros autores acerca del tema. Estas publicaciones resultan eminentemente descriptivas, si bien, en ciertos casos se dan algunos valores porcentuales (Bernstein y Terman, 1987)

El lapso entre 1900 y 1915 marca la culminación del interés científico por los dibujos de los niños. Entre algunos de los autores, cabe mencionar a Maitland, quien alrededor de 1895 encontró en base a sus investigaciones que después de los 10 años la figura humana es el tema más popular.

En estudios que abarcaron un período de varios años, Schuyten en 1928 propúsose establecer, un tipo de excelencia para cada edad, es decir, una serie de normas por edades. Empleó como tema la figura humana. Pedíase simplemente a los niños que dibujasen un hombre "tal como acostumbrasen hacerlo". Valiéndose de medidas minuciosas de cada parte del cuerpo por separado y comparándolas luego con los modelos clásicos, Schuyten esperaba establecer un método objetivo para sus apreciaciones. El plan no tuvo éxito pero cabe destacarlo como uno de los primeros intentos de establecer una escala de medición objetiva basada en las normas de cada edad. Lobsien durante 1905 utilizó el método de Schuyten para estudiar dibujos ejecutados por niños de las escuelas públicas de Kiel, y encontró -como antes Shuyten- que conforme aumenta la edad los niños representan las diferentes partes del cuerpo con proporciones más próximas a los modelos clásicos. Lobsien comparó también dibujos de imbeciles y niños normales, estableciendo que, en igualdad de edades, los imbeciles acusan un sentido de la proporción menor que los niños normales (Bernstein y Terman, 1987).

Uno de los estudios más amplios y controlados emprendidos, fue el que llevó a cabo Kerschensteiner en Munich, en los años 1903-1905. A este autor se le encomendó la tarea de reorganizar la enseñanza del dibujo en las escuelas comunes de esa ciudad. A fin de dar bases científicas a su trabajo, empleó cerca de 2 años en la

recolección y análisis de casi 100,000 dibujos efectuados por escolares del distrito, bajo ciertas condiciones fijas (Bernstein y Terman, 1987).

Clasificáronse esos dibujos en 3 grupos principales y algunos intermedios. Los tipos principales fueron los siguientes:

- 1.- Dibujos puramente esquemáticos. El niño dibuja lo que sabe y no lo que percibe (etapa ideoplástica de Verworn). Luego alcanza un período en el que intenta representar los objetos tal como los ve. La transición entre ambos estadios constituye un proceso continuo y gradual. La base ideoplástica del dibujo infantil manifiéstase más claramente en las proporciones relativas asignadas a las partes por separado: el niño exagera el tamaño de los ítems que considera importantes, y subordina u omite otros.
- 2.- Dibujos ejecutados a la apariencia visual. "Etapa fisioplástica".
- 3.- Etapa, aún ulterior, en la que el niño intenta dar la impresión tridimensional del espacio.

Otra investigación relevante realizada fue por Kik en 1908. El observó la evolución de 13 niños que demostraban notables dotes para el dibujo. Concluyó éste autor que los niños de mentalidad inferior suelen copiar bien, pero rara vez hacen buenos dibujos originales; y a la inversa, el niño que demuestra una auténtica capacidad artística creadora probablemente acusará un alto nivel en su capacidad mental general (Bernstein y Terman, 1987).

Los estudios descritos anteriormente demuestran que la índole y contenido de los dibujos infantiles dependen primariamente del desarrollo intelectual. No obstante, las primeras tentativas de clasificarlos fueron sumamente defectuosas, y es la Doctora Goodenough la primera en aplicar a este problema las técnicas modernas utilizadas para la evaluación cuantitativa de los datos psicológicos objetivos. Este hecho es el que

mayor grado confiere amplísima significación a sus resultados, tanto para la Psicología Evolutiva cuanto para la medición mental (Bernstein y Terman, 1987).

El test de Goodenough actualmente es arduamente reclamado por la práctica y la investigación psicológica. En los 6 lustros que han corrido desde 1926 - fecha en que apareció- hasta el presente, el Test del dibujo del hombre fue conquistando creciente prestigio y una vasta difusión como "Draw-a-man-Test" en los países de habla inglesa, y como "Test de Goodenough" en los países hispanoparlantes. En ese lapso el Goodenough fue probado en la correlación de sus resultados con los de varios otros tests (Test de Fy, Wechsler, Stanford, Binet) (Bernstein y Terman, 1987).

El test de Goodenough se trata de una técnica para medir la inteligencia general, a través del análisis de una única prueba: dibujar un hombre.

El fundamento del test parte de la hipótesis de que el dibujo ofrece no una expresión de su capacidad artística sino de su repertorio conceptual. El volumen de este repertorio conceptual, de este "saber" crece con la edad mental, y este progreso se refleja en el dibujo de la figura humana que hace el niño de 5 hasta -por lo menos- 10 años. La derivación psicométrica de este hecho es inmediata: la valoración cuantitativa del "saber" implicado en la representación gráfica de la figura humana típica de cada edad, suministra una norma para establecer, ante un dibujo particular la edad mental de sus dibujantes (Bernstein y Terman, 1987).

En su sencillo acto de dibujar la figura de un hombre, el dibujante debe de activar diversos recursos mentales: asociar los rasgos gráficos con el objeto real, analizar los componentes del objeto y representar, valorar y seleccionar los elementos característicos; analizar las relaciones espaciales (posición), formular juicios de relaciones cuantitativas (proporcionalidad); abstraer, esto es, reducir y simplificar las

partes del objeto en rasgos gráficos; y en fin, coordinar su trabajo visomanual y adaptar el esquema gráfico a su concepto del objeto representado (Bernstein y Terman, 1987).

Sin embargo cabe mencionar que este test se considera útil no sólo para la exploración psicológica de la vida intelectual sino también de la vida emocional:

En torno a 1940, se produjo un cambio significativo en la historia del Test de Goodenough. El Draw-a-man-Test -prueba prestigiada y cuyas posibilidades para la exploración de la personalidad psicopática y neurótica ya habían sido mostradas por Goodenough misma- fue, precisamente, una de las primeras en ser sometida a este tipo de reelaboración

En efecto, las observaciones que contemporáneamente con el trabajo original de Goodenough venían realizando los psicoanalistas (M. Klein, 1925; Anna Freud, 1927, Sophie Morgenstern, 1937) sobre el dibujo en general y el de la figura humana en particular, y la difusión que, desde 1923, en lengua alemana, y desde 1935 en la inglesa, hace Paul Schilder de su sistematización del concepto gestáltico de la imagen corporal, induciendo a un nuevo enfoque y valoración del dibujo de la figura humana, el dibujo del hombre como expresión de la percepción de la imagen corporal del dibujante (apoyándose en Dallinger, Spielrein, Bender), hacen las bases sólidas sobre las que habrá de levantarse el Draw-a-man- Test como test de personalidad. El tema del dibujo del hombre se incorpora así, con gran lucimiento, en la primera línea de la batería de tests proyectivos, y empieza para él un nuevo período de desarrollo histórico (Bernstein y Terman, 1987).

- *Descripción General.* La escala de inteligencia de Goodenough puede caracterizarse brevemente así:

- Es no verbal. Esta índole del test lo torna particularmente conveniente para el examen mental de extranjeros o sordomudos.

- No requiere más de 10 minutos para el examen de una clase completa, y aproximadamente dos para el cómputo de cada individuo.

- Resulta particularmente útil cuando se trata de niños entre 4 y 10 años de edad mental (Bernstein y Terman, 1987).

- Para dicho período y con un grupo de edades sin seleccionar, su confiabilidad oscila entre 80 y 90.

- Para el mismo período y con grupo de edades homogéneas, suministra correlación promedio de 76 con la revisión Stanford de la escala de Binet. Esto constituye un éxito notable. Por su confiabilidad y validez, se opina que resiste con éxito el parangón con cualquier otra prueba colectiva, verbal.

- Es un instrumento, como ya se mencionó apto para la exploración intelectual del individuo, a los fines de la psicología clínica, la orientación, investigación, etc., tiene su más interesante aplicación en la práctica educacional, para la formación de clases homogéneas (selectivas y diferenciales) (Bernstein y Terman, 1987).

- El test de Goodenough en adultos. El Dr. Gonzálo Maya entre 195 y 1956 trabajó en un instituto de sanidad militar de Zaragoza sobre un grupo heterogéneo de 165 soldados de 18 a 26 años (el 88% entre 21 y 23 años) de diferente escolaridad (desde analfabetos hasta estudiantes universitarios) y nivel económico social (labradores, obreros, oficinistas, comerciantes, estudiantes). El Dr. Moya les administró el Goodenough y evaluó en puntajes, luego cotejó los puntales obtenidos con la

capacidad intelectual -medida con el Test de Matrices Progresivas de Raven (Bernstein y Terman, 1987).

TABLA 3. RESULTADOS DEL GOODENOUGH, EN ADULTOS (CITADO EN BERNSTEIN Y TERMAN, 1987).

<u>Según la capacidad intelectual.</u>	
Nivel de capacidad (Raven).	Puntajes medios. (Goodenough).
Definidamente superiores	38
Superiores	33
Normales	31
Inferiores	17
Definidamente inferiores	11.

Este cuadro mostró pues, que el Goodenough, posee una satisfactoria sensibilidad para una clasificación general de la capacidad intelectual en los adultos. Los sujetos de capacidad definidamente inferior dieron un puntaje Goodenough medio (11), casi 3 veces menor que los normales (31) (Bernstein y Terman,1987).

EL TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN.

- **Fundamentación.** El dibujo no abarca sólo elementos formales Junto a la forma existe el contenido, y en él se expresa algo de la personalidad total. El dibujo espontáneo de un sujeto nos revela, pues, muchas cosas, además de su nivel intelectual y su modo de percepción de lo real, en particular su vida afectiva (Corman, 1967).

Buck al proponer en 1948-49 su Test House-Tree-Person (H.T.P.), casa-árbol-persona, comprendió también que el dibujo libre permite excelentemente acercarse a la personalidad. Su realización pictórica de las indicaciones del H-T-P; el segundo,

verbal, interpretativo, en el cual se invita al sujeto a definir, describir e interpretar los objetos por él dibujados y lo que los rodea, test comprende dos tiempos: el primero, no-verbal, creador, llega a la expresión por medio de la elaborando asociaciones a su respecto (Corman, 1967).

Juliette Botonier, en su libro sobre *Los dibujos de los niños*, formula observaciones muy atinadas sobre el tema. Dice, en especial: "El dibujo del niño expresa una especie de proyección de su propia existencia; o el modo en que se siente existir él mismo y siente a los otros" (Corman, 1967).

- **Proyección y Simbolismo.** Como ha dicho J. Botonier, el dibujo es una proyección, es decir que la personalidad total procura expresarse en él, y particularmente, sus elementos subconscientes e inconscientes proyectándose hacia el exterior en virtud de la libertad acordada al sujeto.

Esta proyección de los elementos inconscientes de la personalidad, se utiliza en cierto número de pruebas llamadas por esa razón tests proyectivos (Corman, 1967)

Ocurre algo similar en los otros tests proyectivos, por ejemplo el T.A.T. de Murray. El relato que proporciona el sujeto frente a una lámina es, ya la pura y simple reproducción de una situación vivida por él o de una noticia periodística, explicable, pues racionalmente; y a la proyección de un estado o conflicto inconsciente, de manera irracional que es conveniente interpretar .

El dibujo libre es el prototipo de la prueba proyectiva por cuanto favorece especialmente la expresión de las tendencias inconscientes (Corman, 1967).

Este inconsciente es el campo del psicoanálisis, método de investigación de las profundidades oscuras del alma, elaborado por Freud. Pero la técnica de asociación verbal libre que sirve para el psicoanálisis de los adultos no es aplicable a los niños. Se

le ha debido reemplazar, pues, utilizando como material de investigación las producciones espontáneas de la edad infantil, ya sea juegos o dibujos libres (Corman, 1967).

La primera que tuvo la idea de valerse de los dibujos espontáneos del niño para psicoanalizarlo fue, en 1928, Sophie Morgenstern. Muchos autores han aplicado después ese método de interpretación de los dibujos libres con un fin ya diagnóstico, ya terapéutico. Citemos en especial a Baudouin, André Berge, Madeleine Rambert y Françoise Dolto-Marette (Corman, 1967).

Un dato innegable, en que es preciso puntualizar es que el mundo del niño es su familia y sin duda las relaciones que con ella mantiene adquieren una importancia decisiva para la comprensión de la personalidad. Es posible fijar ciertos límites a la libre creación del niño por medio de una indicación precisa "Dibuja una familia que tú imagines". Así se procede en el Test del dibujo de una familia (Corman, 1967).

Para descubrir un conflicto grave entre el niño y algún miembro de su familia, habrá que llevar al niño a que nos revele sus sentimientos más íntimos y la forma en que en el inconsciente, vive sus relaciones con una persona.

Dicho en otros términos, es necesario que el niño pueda expresarse libremente. El dibujo es un medio de expresión libre. El de una familia en especial, permite al niño proyectar al exterior las tendencias reprimidas en el inconsciente y, de ese modo, puede revelarnos los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos; la situación en que se coloca así mismo dentro de la familia, en una palabra es más valioso conocer a la familia del niño tal como él se la representa, y no sólo saber cómo es realmente (Corman, 1967).

Esta prueba creada en 1966 por Louis Corman, tiene aplicación en el área de la Psicología Clínica y Pedagógica, ya que se ha comprobado que en la práctica pautopsiquiátrica, muchos de los problemas que deben resolver el médico y el psicólogo son originados en dificultades de adaptación del niño a su medio familiar (Hammer, 1995).

TEST VISOMOTOR DE BENDER.

- **Fundamentos científicos.** A principios del siglo XX surge la Psicología de la Gestalt, la cual llega a su apogeo entre 1930 y 1935, cuando sus discípulos y jefes se trasladan a EE.UU y publican sus grandes tratados: Kôlher su *Gestalt Psychology* en 1928, y Kurt Koffka sus *Principles of Gestalt Psychology* en 1935, ambos en Nueva York (Bernstein en Bender, 1990):

La Gestalt se levanta contra el atomismo, el asociacionismo, el introspeccionismo, la concepción enrigidecedora del sistema nervioso de la Psicología tradicional, en especial contra la Psicología Wundtiana (Bernstein en Bender, 1990).

Así la Psicología de la Gestalt, tal como fue desarrollada por Wertheimer, Kôlher y Koffka, dio un nuevo impulso a la Psicología, y con él también una nueva comprensión para aprehender las relaciones entre el todo y sus partes, pues mostró que la percepción no puede interpretarse como una suma de sensaciones singulares (Bernstein en Bender, 1990).

.Sobre bases rigurosamente experimentales, y a partir del estudio de la percepción del movimiento, la Gestalt fue internándose en ámbitos cada vez más amplios del dominio psicológico: Psicología anormal, Psicología Infantil, Psicopatología infantil, estudio de las postimágenes, del razonamiento, de la memoria, de la vida

emocional y de la conducta, de la estética y finalmente de las perturbaciones psíquicas (Schilder en Bender, 1990).

Dentro de la línea de ideas y de la orientación metodológica de la Gestalt, Lauretta Bender, una de las más grandes figuras de la psiquiatría norteamericana, construyó entre los años 1932 y 1938 su Test gestáltico visomotor, brevemente conocido como B.G. (Bender Gestalt).

El test clínico de Bender consiste simplemente, en pedirle al sujeto que copie las figuras (gestalten) dadas y en analizar y evaluar a través de las reproducciones así obtenidas cómo ha estructurado el sujeto esos estímulos perceptuales (Bernstein en Bender, 1990).

La psicología de la percepción, tal como ha sido tratada por la Gestalt Psychologic, constituye la base científica del B.G. La influencia principal -señalada por L. Bender- la ejerció el cuerpo teórico de los principales gestálticos y el concepto de "gute Gestalt" establecidos por Max Wertheimer. También sus investigaciones sobre la génesis de la percepción de la forma en el niño en desarrollo, le permitieron a Bender arribar a conclusiones personales diferentes y formular nuevos principios. Otras de las influencias teóricas que mediaron en la concepción del B.G. la ejercieron las investigaciones de Psicología del niño normal y anormal -de Kurt Koffka (Bases de la evolución psíquica. Introducción a la Psicología Infantil), Kurt Lewin, Heinz Werner (Psicología evolutiva) y W. Wolff. Finalmente, también se vinculan con el B.G. las investigaciones de David Rapaport y sus colaboradores sobre el pensar conceptual y las estructuras de la emoción y de la memoria (Bernstein en Bender, 1990).

Bender define la función gestáltica "como aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un

todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una Gestalt". Es el cuadro total del estímulo o el estado de integración del organismo lo que determina el patrón de respuesta. Sobre esta tesis, Bender concibió la posibilidad de utilizar una constelación estimulante dada, en cuadros más o menos similares, con el fin de estudiar la función gestáltica en las distintas condiciones integradoras patológicas de los diferentes desórdenes orgánicos, funcionales, nerviosos y mentales (Bernstein en Bender, 1990).

Entendió Bender que cualquier patrón del campo sensorial puede considerarse como un estímulo potencial, pero prefirió los patrones visomotores, más satisfactorios en virtud de que el campo visual se adapta mejor al estudio experimental y, en especial, a causa de la cooperación que por lo general el sujeto presta cuando se le pide que copie unos pocos dibujos. Y halló que las ggestalten elaboradas por Wertheimer resultaban las apropiadas a sus fines. Tal, en suma, son los términos con que Bender hizo el planteo sobre el cual construyó su test (Bernstein en Bender, 1990).

El nombre del Test de Bender - Visual Motor Gestalt Test- señala ya su ubicación en la familia psicométrica. En efecto, por una parte pertenece al grupo de los tests visomotores y, por otra, al grupo de los tests gestálticos.

El B.G es un test visomotor en sentido estricto: el examinado realiza la tarea gráfica con los modelos a la vista (Bernstein en Bender. 1990). Además, según queda dicho, el B.G. pertenece, asimismo, al grupo de los tests gestálticos. Cabe mencionar algunos tests de ese tipo, por ejemplo el Test de dibujo Complejo, de Rey y Osterrieth creado en 1941 o el Test de retención visual (Visual Retention-Test) de Arthur L. Benton en 1945, pero ninguno de los tests gestálticos visomotores señalados ha alcanzado el prestigio y difusión mundiales del B.G. (Bernstein en Bender, 1990).

- Aplicaciones.

- El B.G. es un test clínico de numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Demostró poseer un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como adultos (Bender, 1990).

- Determinación del nivel de maduración de los niños. La función gestáltica visomotora está asociada con diversas funciones de la inteligencia (percepción visual, habilidad motora manual, memoria, conceptos temporales y espaciales y capacidad de organización o representación); de ahí que midiendo en el sujeto el nivel de maduración de la función gestáltica, se pueda establecer su nivel de maduración (Bender, 1990)

Bender estandarizó, el B.G., ya que escala su prueba sobre una muestra de 800 niños de 3 a 11 años. Además este instrumento denunció una correlación satisfactoria con varios tests de realización : sometido a control de Randall, Test de Goodenough, Escala de Pintner-Patterson) (Bender, 1990).

CAPITULO 4.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL INSTITUTO ROSENDO

OLLLETA (I.R.O.).

A través de la fundamentación que respalda a los instrumentos mencionados en el capítulo anterior, y complementando éste con el capítulo 1, se deduce la importancia de la evaluación y diagnóstico como actividades indispensables para incidir más eficazmente en el sordo; por medio de la intervención. Retomando éste último punto, no hay que olvidar sin embargo; que la población que es de nuestro interés, es decir aquella con deficiencia auditiva, se encuentra situada en un espacio educativo que hace referencia al I.R.O., y el cual influye en mayor medida en varias de las características que presenta ésta. Aunado a lo anterior, hay que señalar la influencia que también tienen los intereses y objetivos de la Institución, sobre la naturaleza de las necesidades que deberá cubrir el prestador de Servicio Social durante su estancia en la misma. Es por esto que en este capítulo se desarrollan aspectos generales del I.R.O., desde su ubicación geográfica, evolución histórica entre otros, para entender más fácilmente su desenvolvimiento actual en todos los ámbitos que la conforman.

Es en el I.R.O donde se desarrollaron las actividades del Servicio Social. Enseguida se abordarán aquellos elementos que permiten lograr una descripción lo más completa del mismo.

Este Centro se encuentra ubicado dentro de la Delegación Cuauhtémoc.

A continuación se presentan datos sociodemográficos de ésta Delegación que se consideran pertinentes para obtener una mayor comprensión del importante papel que desempeña el I.R.O. en ésta delegación.

DELEGACIÓN POLÍTICA.

Localización Geográfica.

Cuauhtémoc es la parte central del área metropolitana, tiene una superficie de 31.5 km² (2.16% del total de la entidad) con 2,578 manzanas. Esta colinda al norte con la Delegación Azcapotzalco en el Circuito Interior-Río Consulado con la Delegación Gustavo A. Madero en Av. del Trabajo (Eje 1 Oriente). Al sur colinda con las delegaciones Iztacalco, Benito Juárez y Miguel Hidalgo en el Viaducto Miguel Alemán, así como en otras avenidas y ejes viales. Al oeste colinda con la Delegación Miguel Hidalgo en el Circuito Interior (Orozco, León y Román, 1994).

Ubicación del I.R.O.

El I.R.O. es una escuela de educación especial, dirigida a la población sorda adolescente y adulta en la Delegación Cuauhtémoc. Este instituto se encuentra ubicado en Zarco no. 12, Col. Guerrero, el cual está delimitado.

Al Norte: por Paseo de la Reforma.

Al Sur: por la Calle Mina.

Al este: por la Calle Héroes.

Al oeste: por la Calle Violeta.

A continuación se presentarán los antecedentes históricos de este Instituto para determinar el origen del mismo y la evolución alcanzada (Orozco, León y Román, 1994).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL I.R.O.

Los antecedentes del Instituto Rosendo Olleta tienen su origen a principios de siglo en el templo de San Hipólito, bajo la labor de los misioneros claretianos.

En 1905 el Padre (P.) Camilo Torrente inicia la experiencia pastoral con un grupo de sordos pobres en la capital del país. El trato frecuente con ellos lo lleva a descubrir que no sólo la enseñanza del catecismo es lo que necesitan los sordos, sino de manera muy importante una promoción humana que los ayude a desenvolverse mejor con el mundo de los que oyen y hablan. Para dicho trabajo se tenía un local grande, que antes había sido hospital psiquiátrico atendido por los hermanos juaninos, lo que actualmente es la Hosteria del Bohemio (Aguilar, 1994).

Este trabajo se ve interrumpido, por la persecución religiosa a principios de siglo, ya que los sacerdotes extranjeros son expulsados del país. Hasta 1929 cuando se reanuda este trabajo a cargo del P. Rosendo Olleta. El número de sordos crece y se reconoce como lugar de encuentro entre los mismos el templo de San Hipólito. Las demandas son cada vez mayores. Es necesario dar un nuevo impulso a este trabajo y se decide organizar las actividades de promoción a modo de academia. Los espacios en los que se realizan las actividades son incómodas e insuficientes (Aguilera, 1994)

El P. Olleta acompañado de algunos seglares, entre los cuales se encontraban algunos sordos, imparten las clases. Así, empieza a trabajar con un grupo reducido de niños a los que se enseñaba a escribir, contar, bordar, dibujar, hablar y rezar, se les preparaba, además de la educación primaria, en la capacitación de oficios como: sastres, carpinteros, grabadores, impresores, dibujantes, y pintores para los hombres: para las mujeres, bordadoras, pintoras, peinadoras, o mecanógrafas. En 1950 a raíz de la muerte del P. Olleta comienza un nuevo período atendido por los padres Salinas y

Manuel Fierro, período en el que se siguen desarrollando las mismas actividades. Para éstas fechas se ve la conveniencia de organizar una pequeña escuela para enseñanza formal, que equivaldría a la educación primaria (Aguilar, 1994).

En el año de 1961 marca una nueva etapa en la historia del trabajo claretiano con los sordos a través de la dirección del P. Angel Conde. Una circunstancia muy especial lo pone en contacto con los sordos. Se trata de una infección crónica en el oído que le hizo perder la capacidad auditiva notablemente, acercándose por ésta razón más a la realidad que viven los sordos (Aguilar, 1994).

Así en el año de 1961 se dedica de un modo especial a los sordos, atendiendo especialmente el acondicionamiento de los lugares para la realización de actividades. Con el apoyo del P. Miqueles, entonces provincial, se construyó lo que hoy se llama "Instituto Rosendo Olleta"; formado por tres salones cómodos y dos observatorios para atender a veinte alumnos en dos turnos. Para mejorar los servicios del Instituto se da éste de alta como "Asociación Civil", la experiencia no fue satisfactoria y el Instituto se quedó prácticamente como escuela de enseñanza primaria dependiendo del Templo de San Hipólito (Aguilera, 1994).

En éste período se logró formar un equipo de maestros, voluntarios sin estudios. Cada uno de ellos recibía un grupo de alumnos y no lo dejaba hasta después de 5 o 6 años de acompañamiento.

Posteriormente el P. Alegre, mantiene la iniciativa de basar sus actividades en un "Plan de escuela"; en el cual se definieron tres áreas de trabajo:

- A) Area religiosa: comprende la catequesis y servicios religiosos en toda ocasión.
- B) Area social: la adaptación del sordo con su medio ambiente.

C) Area cultural: la desmutización y la oralización de los sordos, así como el adiestramiento laboral del sordo incluyendo la escuela y los talleres (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994).

Otro de los grandes beneficios para el sordo en estos tiempos es la ampliación del inmueble

Casi 25 años estuvo el P. Alegre a cargo del Instituto hasta la misma infección que lo hizo perder la audición y se convirtió en un tumor que acabó con su vida en 1985 (Aguilar, 1994).

En 1985 se le otorga la dirección al P. Sánchez al cual se le dificulta el aprendizaje del lenguaje manual, por lo que recurre al auxilio de dos seminaristas, los cuales deciden realizar la división de actividades para facilitarse el trabajo.

En 1990 se le otorga la dirección al P. Anibal Carballo, ya que por su experiencia cuando trabajó en el instituto era la persona adecuada para dicha encomienda (Aguilar, 1994).

El P. Anibal solicitó el apoyo de voluntarios en distintas áreas para laborar en el instituto, formándose un equipo multidisciplinario espontáneo.

Este equipo ve la necesidad de solicitar gente profesional para cubrir ciertas áreas que se encontraban desprotegidas, que se topan con problemas económicos; para solucionarlos buscan el apoyo de prestadores de servicio social, los cuales tienen conocimientos a nivel profesional. Esto no quiere decir que se tratara de conseguir mano de obra barata, sino profesionalizar la atención a los alumnos de este instituto.

La Lic. Esther Serafin fue una de las primeras colaboradoras. Se logró establecer ciertos acuerdos con la Escuela Normal de Especialización (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994).

Después se establece contacto con el servicio social, en el área de educación especial de la Universidad Ibero Americana (U.I.A), la cual promocionó con los estudiantes de su Universidad la asistencia al I.R.O. en diversas áreas.

En 1992 la U.N.A.M. brinda apoyo con prestadores de Servicio Social Multidisciplinario. Así, se establece el convenio y dicho Programa envía semestralmente estudiantes en diversas áreas para colaborar con el Instituto (Aguilera, 1994).

En 1993 se convenía con la Lic. Lucia Medrano directora del Programa, de Servicio Social Multidisciplinario (PSSM) mandar al I.R.O el primer equipo de trabajo integrado por dos odontólogos y una enfermera.

Este equipo es supervisado continuamente por la Licenciada Gloria Haro, que realiza visitas programadas, coordina que el trabajo se realice conforme los acuerdos de ambas partes (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994).

En 1994 toma la dirección del Instituto P Mario Peña durante ese año

En 1995 el P. Martín Montoya funge como director del Instituto hasta la fecha (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994)

En 1997, se incorpora al Instituto el equipo multidisciplinario conformado por el área de Trabajo Social y Psicología pertenecientes a la U.N.A M

Actualmente el Instituto Rosendo Olleta es una Organización No Gubernamental (O.N.G.) sostenida por los misioneros claretianos (Aguilar, 1994; Aguilera, 1994).

TIPO DE SERVICIOS QUE PRESTA A LA COMUNIDAD EL I.R.O.

La misión del I.R.O., es promover la formación integral del hipoacúsico a fin de lograr su reconocimiento e integración productiva en la sociedad.

El Instituto Rosendo Olleta proporciona los siguientes servicios:

- Proporciona atención a adolescentes y adultos con pérdidas auditivas profundas (91 db o más) (Aguilera, 1994).

- Brinda apoyo educativo en los niveles de alfabetización (1 grupo de 1er, 2do, 3ero y cuarto nivel respectivamente). primaria (3 grupos de 1er nivel), secundaria (1 grupo de 1er nivel y 2do nivel respectivamente) incidiendo en el área social, de lenguaje, en ésta última en específico en el desarrollo fonológico y en la lectura labio facial, principalmente. Desarrolla prioritariamente los contenidos de los programas vigentes de la Secretaria de Educación Pública en los niveles de primaria regular, y del I.N.E.A. en el nivel de alfabetización y Secundaria (Aguilera, 1994).

Sin embargo la limitante de éstos programas, es que no tienen ningún tipo de pedagogía especial que esté de acuerdo con las capacidades del sordo, ya que son los mismos que se proporcionan para una persona fisiológicamente normal, dando como consecuencia que los programas no sean del todo cubiertos.

A pesar de ser esbozadas las desventajas ya mencionadas, se expone de manera breve el objetivo de éstos programas, el cual consiste en que el sordo adquiera y desarrolle las habilidades relativas al proceso de la lengua escrita (lectura y escritura), que aplique las matemáticas en un contexto cotidiano, que adquiera las ideas que le permitan comprender los cambios naturales, que conozca la historia y el desarrollo de nuestro país, que practiquen su vida de acuerdo a los derechos y normas civiles que rigen en la comunidad nacional y que aprendan a expresar sus intereses, pensamientos, sentimientos y opiniones en forma oral y escrita (Aguilar, 1994, Aguilera, 1994).

- La comunicación total es utilizada como alternativa apropiada para estimular el desarrollo y aprendizaje de los alumnos, la cual es la más adecuada a la población que se atiende en el Instituto (adolescente o adulta), ya que ésta no recibió intervención temprana en la niñez, lo que dificulta el desarrollo de una comunicación oral que casi nunca fue estimulada.

- Adiestra al sordo en las labores productivas (Capacitación laboral), a través de los siguientes talleres: * Serigrafía.

* Corte y Confección.

* Encuadernación.

* Dibujo Técnico (Aguilar, 1994).

RECURSOS HUMANOS.

En el I.R.O. laboran 9 profesores normalistas con especialidad en Trastornos de Audición y Lenguaje, cada uno de éstos tiene a su cargo un grupo de los 9 que conforman los diferentes niveles de escolaridad (y ya desarrollados en el anterior apartado) se agregan a éstos, otros 4 profesores responsables de la capacitación de cada uno de los 4 talleres laborales existentes, 2 personas de Intendencia, personal de seguridad integrados por 3 policías, la Dirección compuesta por el Director Martín Montoya, Subdirector Mario Peña; así como 3 prestadoras de Servicio Social, del área de Pedagogía, Trabajo Social y Psicología (una integrante por cada área respectivamente), siendo ésta última área, en la cual se ahondará más en el papel que desempeña en esta Institución, ésto debido a los fines y características de este trabajo de Titulación (ya que no hay que olvidar que el mismo, es un Reporte de Servicio Social que tiene como finalidad en primera instancia, rescatar la labor efectuada por el área de

Psicología), para lo cual se describirá de ésta área sus funciones respectivas a desarrollar.

ÁREA DE PSICOLOGIA:

Funciones:

1. Participar en la evaluación inicial de los alumnos y en las valoraciones que se requieran.
2. Registrar observaciones continuas sobre el desarrollo del educando que permitan detectar los casos que requieran atención complementaria (Aguilera, 1994).

Cabe señalar que se finalizó este apartado con las funciones que realiza Psicología, esto con el objetivo de servir de apertura para comenzar a entender el alcance del trabajo que desempeña el Psicólogo en ésta Institución y que se observará en el Siguiete capítulo de manera implícita en lo referente al contenido de objetivos personales problemática y propósitos, así como a lo largo del capítulo 6.

CAPITULO 5.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.

El apartado anterior inició enfatizando un punto clave para éste capítulo y que es indispensable retomarlo, ya que señala la influencia de los objetivos de la Institución en la que se realiza un Servicio Social sobre lo que se debe y puede alcanzar en la misma. Es decir, se establecen límites y posibilidades de acción, lo cual permite sistematizar las actividades que conforman el Servicio Social.

Cabe explicar que los objetivos de ésta actividad, no sólo se reducen a los ya mencionados referentes al Programa de la Institución, sino que abarca además los objetivos del Programa del Servicio Social de la carrera de psicología en este caso concreto de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, y finalmente los objetivos personales que se plantean al desarrollar el mismo. A continuación se plantea el contenido de cada uno de éstos objetivos, y a su vez se termina éste capítulo delimitando la problemática con sus respectivos propósitos desarrollados en este reporte, con el fin de observar e identificar la relación que guardan los objetivos con ésta.

NIVEL INSTITUCIONAL:

1) Se proporcionarán situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de los problemas nacionales.

2) Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.

NIVEL ESTUDIANTIL:

1) Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

2) Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

NIVEL PROGRAMA:

1) Objetivo General:

- Proporcionar al individuo con requerimientos especiales, atención integral multidisciplinaria que enriquezca física e institucionalmente durante su desarrollo.

2) Objetivo particular:

- Identificar los problemas y necesidades a las que se enfrenta el sordo durante su desarrollo, implementando programas de actividades multidisciplinarias con el fin de conseguir su equilibrio bio-psico-social.

NIVEL PASANTE:

- Determinar la problemática desde un nivel cognoscitivo, como afectivo en la población con deficiencia auditiva, para la posible intervención, tanto a nivel individual como colectivo.

Con la finalidad de cubrir las expectativas de los anteriores objetivos se construyó la problemática y los propósitos para resolver ésta; que se abordan a lo largo de este trabajo. Enseguida se presentan los mismos:

La **problemática** a considerar en este reporte, es el área de la deficiencia auditiva y sus implicaciones, enfatizando mayormente en las consecuencias que conlleva en el área afectiva y cognitiva, para brindar un completo entendimiento del sordo y por consiguiente delimitar líneas de acción, que subrayen lo imprescindible de implementar tareas en materia de evaluación, diagnóstico e intervención; contribuyendo definitivamente en soluciones concretas para la deficiencia auditiva.

Los Propósitos al plantear dicha problemática se sintetizan en acciones como:

1. Evaluar y diagnosticar el área cognitiva y afectiva en el sordo.
2. Diseñar un plan de intervención (programa o programas) que cubra las necesidades diagnosticadas a nivel individual y grupal .
3. Desarrollar y aplicar el plan de intervención en casos específicos.

CAPÍTULO 6.

IMPACTO DEL PSICOLÓGO EN LA COMUNIDAD DEL I.R.O.

Esbozados los objetivos, la problemática y propósitos a cubrir a lo largo del período de prestación de Servicio Social, ahora es importante dejar determinado el ¿Con quién? y el ¿Cómo? se lograron cubrir éstos objetivos.

Por lo anterior para contestar la primera interrogante se describen brevemente las características de la población con la que se trabajó, y finalmente se da respuesta al ¿Cómo? a través de la explicación detallada de las actividades realizadas; donde se hace visible la importancia que adquiere el psicólogo en la resolución de problemas que demanda el I.R.O. (para que éste instituto continúe dando un buen servicio), jugando éste un papel de gran trascendencia en esta comunidad. En seguida se desarrollarán éstos puntos.

POBLACIÓN ATENDIDA.

El perfil que debe cubrir cualquier sujeto para ingresar al I.R.O., es que debe presentar una deficiencia auditiva considerable, como lo es la sordera profunda, y/o severa; pertenecer a población con bajos recursos económicos, los cuales le dificulten en muchos casos cubrir las necesidades "especiales" que caracterizan a su educación.

Cabe señalar que el número total de alumnos (hombres y mujeres) que asiste a esta Institución es de 101 individuos, 52 del sexo femenino y 49 pertenecen al masculino.

La edad de esta población varía considerablemente, ya que ésta abarca un rango que comprende de los 12 años, hasta los 30 años aproximadamente, lo cual a nivel biológico implica que hay quienes se encuentran en etapa adolescente, así como también hay adultos.

Es importante señalar que el estilo de comunicación predominante que utilizan es el lenguaje manual y en última instancia así como en menor medida del lenguaje

verbal, esto último muy probablemente se deba a una estimulación tardía en ésta área lo que conlleva a su vez a un retardo en el desarrollo del lenguaje, entre otros problemas.

En lo referente a la etiología asociada a la deficiencia auditiva ésta es heterogénea puesto que las causas son diversas, entre las que se tiene el factor hereditario, la hipoxia, infecciones de la madre durante el embarazo, y por parte del sujeto se asocia la meningitis entre otros.

Es importante enfatizar que las características anteriormente desarrolladas de forma general de esta población, se obtuvieron a través de diferentes fuentes, como son la información contenida en los expedientes, como lo es la historia clínica y educativa, examen audiométrico, datos arrojados por la observación utilizada al estar en contacto directo con éstos sujetos; así como por intercambio verbal con el personal docente y directivo.

Para proporcionar una visión holística, a continuación se desglozan las tablas 4, 5 y 6 los cuales informan de los rasgos comunes del total de la población del I.R.O..

TABLA 4. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO AL SEXO.

FEMENINO	MASCULINO
51%	49%

CUADRO 5. CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS CON BASE AL NIVEL DE PÉRDIDA.

SEXO	MEDIA	SEVERA	PROFUNDA
Femenino	8%	11%	81%
Masculino	4%	6%	90%

TABLA 6. ORGANIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CONSIDERANDO LA CAUSA DE LA SORDERA.

SEXO	C	A	U	S	A
	Congénita		Adquirida		Desconocida
Femenino	56%		31%		13%
Masculino	65%		31%		4%

LABOR DESARROLLADA EN EL SERVICIO SOCIAL.

Es importante mencionar que la tarea desempeñada en el Servicio Social, estuvo acorde para cubrir las necesidades que demanda el I.R.O., así como también con los objetivos conformados por el Servicio Social (tanto a nivel institucional, estudiantil y los correspondientes al PSSM)

Se tiene entonces que las actividades vinculadas con la problemática y propósitos de este trabajo, se pueden desglosar en las siguientes etapas.

- Etapa 1. Diagnóstico Institucional.
- Etapa 2. Evaluación, Diagnóstico en 3 casos
- Etapa 3. Elaboración y Aplicación de Programa.
- Etapa 4. Evaluación y Diagnóstico en 4 sordos.
- Etapa 5. Evaluación y Diagnóstico Individual y Global de toda la población del I.R.O.
- Etapa 6. Elaboración de Programa Enfocado al Arte.
- Etapa 7. Intervención individual en 15 sordos.

A continuación se desarrollan éstas actividades, enfatizando de forma explícita las funciones profesionales de la carrera de Psicología con las que se relacionan.

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL (Etapa 1).

La etapa 1 o actividad con la que se inició y sirvió como base para las posteriores que se efectuaron, es la referente a la elaboración del diagnóstico Institucional del I.R.Ó, el cual se realizó desde un enfoque multidisciplinario de acuerdo a los lineamientos del PSSM, con la participación de los integrantes del equipo de Servicio Social que fueron asignados al I.R.O., indicando que este grupo estuvo conformado por una pedagoga, una trabajadora social y una psicóloga.

Por otro lado, se señala que parte importante de la información del Diagnóstico Institucional se dio a conocer en el apartado referente a las características del I.R.O., donde se aprecia la complejidad e importancia de aquellos datos que conforman el documento ya citado, para llegar a una comprensión del por qué la selección de las actividades desarrolladas.

El diagnóstico institucional, es un proceso de investigación que se utiliza en la administración y que permite conocer las condiciones en las que se encuentra laborando una institución (PSSM. 1997), en este caso el I.R.O.; ya que el objetivo primordial a alcanzar es el de conocer las necesidades o problemas de la institución ya nombrada, con el fin de plantear alternativas de solución que cubran dichas necesidades, y cubrir el objetivo de proporcionar atención de calidad de los profesionistas que participan en la población que asiste a la institución

Para alcanzar tal meta se partió primeramente de una revisión del material bibliográfico con que cuenta la Institución que abarca toda la información referente a la misma, desde lo que son los antecedentes del mismo, hasta lo que es su actual reglamento Otra acción que contribuyó a la elaboración del diagnóstico fue la realización de una revisión detallada de los expedientes de la población que asistía actualmente al I.R.O., para la obtención de información de historia clínica y educativa principalmente, que sirviera posteriormente para identificar las necesidades y posible intervención.

A su vez se realizó una junta con el director y los profesores de la institución, donde se hizo la presentación personal y profesional de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, pero además se pretendía con la misma dejar asentadas las principales problemáticas observadas en los alumnos.

Se llevó también a cabo un análisis del trabajo psicoeducativo que se realiza en el I.R.O., apoyándose en observaciones directas, como complemento para la caracterización de los sujetos y detección de sus necesidades.

Y finalmente, es conveniente distinguir que se revisó y analizó los ejes de enseñanza de todos los grupos de alumnos del Instituto como antecedente previo para el trabajo directo con los individuos que acuden al servicio.

Con toda la información recabada, el diagnóstico institucional quedó a grandes rasgos conformado por los siguientes elementos:

_ Organización y funcionamiento del I.R.O., en el cual se explican la filosofía, Objetivos y Políticas de la Institución, a su vez se abarcan las funciones y actividades desde el plano asistencial, enseñanza, administrativo y Servicios Públicos. También se dan a conocer los recursos tanto humanos como físicos y materiales con que cuenta el I.R.O., así como los instrumentos de trabajo del personal; y consecuentemente se concluye determinando los problemas de diversa índole detectados. Sin embargo debido a los fines de este trabajo sólo se profundizará en aquellos aspectos que sean de gran utilidad desde un enfoque psicológico.

Con el análisis de todos los datos recabados se encontraron las siguientes necesidades a cubrir de forma prioritaria:

___ Actualización de expedientes, la cual sirva como base para un diagnóstico individual que considere áreas importantes para una comprensión más acertada y total del sujeto, como son el área pedagógica, de Salud, área social y el área psicológica.

___ Para alcanzar tal propuesta es necesario hacer una valoración objetiva, lo cual se logra con la aplicación de instrumentos que se adecuen a la población a evaluar

(que se mencionaron en el capítulo 3 y que más adelante, se especificarán nuevamente).

___ Desde un aspecto psicológico, evaluar para establecer un diagnóstico que sirva como punto de apoyo para intervenir en 3 casos remitidos por el Dir. del I.R.O.

___ Estimular un manejo adecuado de la lateralidad en algunos sordos ya identificados por los profesores y por el equipo multidisciplinario.

___ Enseñanza de artículos y su uso adecuado en género y número a nivel de escritura.

Explicados los problemas a resolver en la institución receptora a continuación se detallan los mecanismos de solución a lo ya planteado.

Antes de entrar de lleno en las acciones utilizadas para cubrir las necesidades que demanda el I.R.O., no hay que olvidar las barreras de comunicación a las que se ve expuesto el sordo. Por tanto para lograr una mayor efectividad y confiabilidad en los resultados de las actividades que implicaban una interacción directa con esta población como son la evaluación e intervención, las instrucciones utilizadas para las tareas a realizar por el hipoacúsico se dieron a través de la comunicación total, mímica y en algunos casos de comunicación verbal que permitiera la lectura labio-facial, esto dependiendo de los métodos de comunicación que dominara más el sujeto con el que se trabajaría

Cabe aclarar que el manejo del lenguaje de la comunicación total, fue un requisito primario el dominar por parte del equipo multidisciplinario, lo cual se logró a través de la impartición en las instalaciones del Instituto, de un curso de lenguaje manual que tenía una duración de 4 horas por semana, y que abarcaría todo el período que comprendía la permanencia en el Servicio Social. El objetivo de éste curso fue el desarrollar las habilidades de comprensión que posibilitaron el comunicarnos por medio del lenguaje manual a un nivel básico en situaciones cotidianas con el sordo, utilizando

los tiempos pasado, presente, futuro; permitiendo el manejo de funciones gramaticales elementales.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN 3 CASOS. (Etapa 2).

Previo a desglosar las acciones referidas de esta etapa, es preciso señalar que la misma y la siguiente (Etapa 2 o apartado 6.2.2. y Etapa 3 o apartado 6.2.3.) forman parte de una pequeña investigación que complementa información cualitativa, descriptiva, así como cuantitativa, para comprobar con mayor confiabilidad que se cubrieron los objetivos a nivel programa y pasante del Servicio Social, y que los propósitos en este trabajo resuelven parte de la problemática vinculada al hecho de que una adecuada Evaluación-Diagnóstico del Deficiente Auditivo, proporcionará la elaboración de un programa que logre avances significativos en las áreas donde se incidió (ver capítulo 5). Considerando que toda investigación, responde a un realidad, a un contexto, esto explica que el tipo de investigación empleada se fundamentó en la falta de presupuesto económico y a políticas del I.R.O., el cual no concedió permiso para nuevamente evaluar cuantitativamente después del Tratamiento; y por tanto se optó por aplicar un diseño Univariable Bicondicional A-B (Castro, 1988); donde la letra A primera condición o Línea Base fue la Evaluación y Diagnóstico Individual en los 3 casos y la letra B, representa la fase de aplicación de programa (en específico la medición de la última sesión) en los mismos. Debido a que la Subárea de Lectoescritura y Matemáticas arrojan datos cuya naturaleza los hace más accesibles para un arreglo de contingencias conocido, en éstas Subáreas se basará el diseño anterior para tener información que proporcione una Línea Base. Aclarado todo esto, se procede a exponer ampliamente la temática de este apartado.

La Etapa 2 se traduce en la realización del Diagnóstico individual en los 3 casos referidos por el P. Montoya. Esta actividad se efectuó por medio de una evaluación de las áreas afectiva/social y cognitiva En lo que respecta a la Evaluación

Cuantitativa, aunque se efectuó, ésta sólo se abordará ampliamente en la sección de Resultados, con el objetivo de no ser repetitivo en la información de este reporte. A continuación se expone brevemente las características encontradas en cada caso, así como se determinan los instrumentos empleados, para valorar y lograr un entendimiento integrativo de cada uno de los individuos. Se mencione que por ética profesional sólo se usó la inicial del nombre de cada uno de los pacientes para respetar su anonimato.

CASO 1. DIAGNÓSTICO.

Datos generales.

Nombre: M.

Edad: 14 años.

Sexo: Femenino.

Fecha del estudio: 7 de Mayo de 1997.

Datos importantes: _ Se le diagnosticó inmadurez a los 4 años.

Nombre del responsable: Pérez Ceballos Lilia.

Motivo de consulta.

La paciente fue remitida por el Director del I.R.O.. La madre de la paciente fue quien asistió a la primera consulta, comentando que M es "muy distraída", debe de poner más perseverancia en sus actividades escolares. Además informa la mamá que M es muy posesiva.

Instrumentos empleados para la evaluación.

- 1) Observación directa.
- 2) Entrevista a padres de familia (ver anexo).
- 3) Test de la Figura Humana de Goodenough (ver anexo).
- 4) Test de Matrices Progresivas para la medida de la capacidad Intelectual de Raven, Escala Especial (ver anexo).
- 5) Test Guestáltico Visomotor de Bender (ver anexo).
- 6) Tarjetas con dibujos.
- 7) Lápiz, papel.

Historia Clínica.

La recopilación de la información de este apartado se llevó a cabo a través de la Entrevista para padres de familia.

Historia Prenatal. La madre durante el embarazo se contagió de rubéola.

Historia Perinatal: M presenta sordera congénita bilateral profunda, a causa de la rubéola.

Historia Postnatal: Su desarrollo fue normal a excepción de que no gateó, y además la madre comenta que en el área de lenguaje M sólo presentó balbuceo y actualmente presenta un importante retardo en el desarrollo del lenguaje. La hipoacusia fue detectada por un otorrinolaringólogo al año y medio de edad aproximadamente.

Historia de Salud: Presenta pie plano, el cual se trató. Sufre de amigdalitis una vez por año. Se le diagnosticó inmadurez por un Neurólogo del Hospital Central Norte Pemex a los 4 años, y a partir de esta edad recibe tratamiento con el mismo. No se recuerda, ni se cuenta con documentos que informen el tipo de medicamento administrado en los dos primeros años del tratamiento.

Además se informa que M no se establecía con ningún medicamento, siendo que algunos medicamentos le causaban insomnio. De los 7 a los 9 años, su dosis consiste en la mitad de un comprimido de numencial de 10 mcg en la mañana, con la finalidad de funcionar como un tranquilizante, ya que este medicamento es adecuado en la terapéutica de la ansiedad. A partir de los 9 a los 11 años, el tratamiento consiste en dosis diarias de numencial, una en la mañana y una en la tarde; cada una de 10 mcg, y finalmente de los 11 a los 14 años se reduce a una dosis de numencial en la noche de un comprimido de 19 mcg, la cual se dejó de administrar a partir de Enero del año en curso debido a problemas económicos. Se reinicia la misma dosis a partir de Mayo, la cual se sigue administrando hasta la fecha.

Estudios Realizados.

Examen audiométrico. Los resultados arrojan restos auditivos en el oído izquierdo (OI) e hipoacusia profunda sensorial en el oído derecho (OD).

Electroencefalograma (EEG).

Fecha: 7-03- 94.

Resultados: Se encuentra dentro de los límites normales.

Composición familiar.

Con base en la Entrevista para Padres de Familia, se rescataron los siguientes datos relevantes:

Todas las personas que integran el núcleo familiar de M son oyentes a excepción de ella. La madre de la adolescente tiene 42 años, es ama de casa; su padre con 39 años de edad es empleado de mantenimiento del Hospital PEMEX. Marina es la hija menor de 2 hijos. Su hermano mayor tiene 18 años, y cursa actualmente el Bachillerato.

Relaciones Familiares.

M lleva una buena relación con toda su familia. Con la persona que convive más es con su mamá, la cual es la encargada de llevarla y traerla a la escuela. A pesar de que sus compañeros de juego son unas vecinas de edad preescolar, también juega en ocasiones con su hermano y primos. La comunicación entre M y los demás miembros de la familia es por medio del lenguaje oral, el cual ella no domina totalmente. Sin embargo hay un gran estrago en la comunicación ya citado, por ejemplo la paciente en ocasiones se enoja y su mamá no entiende por qué se enojó, pues ésta no logra comunicarlo con palabras.

Historia Educativa.

Asistió a un programa Terapéutico Integral Multisensorial a partir del 21 de Mayo de 1990 al Centro de Rehabilitación y Educación para Problemas de la Comunicación Humana (C.R.E.P.C.H.) que da por término en Febrero del 93.

En el C.R.E.P.C.H. se llevó a cabo el aprendizaje de procesos de comunicación humana. Los logros alcanzados en estos procesos ya mencionados fueron:

- . CONDUCTA ADAPTATIVA. Muestra disposición ante la estimulación.
- . LENGUAJE. Presenta articulación aproximada de números, colores y partes del cuerpo. Su expresión no verbal se encuentra muy estimulada. Atiende mayor tiempo a lectura-labio-facial. Realiza análisis vocálico con respuestas adecuadas.
- . ESQUEMA CORPORAL Reconoce partes gruesas del esquema.
- . ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL. Atiende a la narración de un cuento, logrando realizar su ordenamiento.
- . PERCEPCIÓN. Comparativamente ha incrementado su atención visual, responde a discriminación de estímulos gustativos a nivel gestual.
- . CONCEPTO FÍSICO MATEMÁTICO. Cuenta mecánicamente del 1 al 5.

En contraste entre las deficiencias encontradas, se tienen:

- _ Períodos breves de atención y concentración.

Posteriormente es canalizada al I.R.O., donde ingresa en Octubre del 96, integrándose al taller de Alfabetización y Encuadernación. Sin embargo el maestro de taller de Encuadernación informa, que M es muy impulsiva y pega si alguien la hace enojar. En el área de lenguaje al mostrarle las tarjetas ilustradas, su vocabulario se tradujo a un total de 15 palabras (Ver Tabla 9 fase A, en Resultados), las cuales eran bisílabas, además no puede pronunciar la letra R, confunde derecha-izquierda con respecto a su propio cuerpo, así como con referencia a otros objetos. Presenta problemas en multiplicaciones y no resuelve las divisiones (ver Tabla 12 y 13, Fase A en Resultados). En el área de español, se comenta que confunde cuando utiliza los artículos que corresponden a determinadas palabras, presenta errores de ortografía

Test de la Figura Humana.

Esta prueba se utilizó para evaluar el área afectiva como cognitiva.

M a lo largo de la prueba trabajó de forma rápida.

Su ejecución en el Test se tradujo en una calificación por debajo de la media de la población de su edad. Más que retomar un diagnóstico intelectual obtenido por medio de este test, lo que se pretende es el conocer qué déficits a nivel cognoscitivo llevan al resultado mencionado. Es decir el puntaje obtenido se traduce en posibles dificultades en las tareas de asociación, análisis, relaciones espaciales, proporcionalidad, abstracción, coordinación visomotora y esquema corporal (Ver Capítulo 3, Página 77).

Desde el plano afectivo en los indicadores, se encontraron sentimientos intensos de inadecuación intelectual, inmadurez y controles externos deficientes, necesidades agresivas dirigidas hacia afuera, impulsividad; antecedentes de disfunción neurológica, presencia de angustia y de inseguridad.

Test de Matrices Progresivas para la Medida de la Capacidad Intelectual.

Este instrumento se empleó para evaluar el área cognitiva.

Con respecto a la actitud del sujeto hacia el trabajo, predominó una actitud intuitiva, rápida y distraída. Se mostró dispuesta, tranquila y segura, su perseverancia fue irregular

El puntaje obtenido es de 20 puntos, y con base en una edad de 14 años, se encontró una capacidad inferior al término medio, lo cual quiere decir que M presenta posibles dificultades en cualquiera de las siguientes funciones cognoscitivas: razonamiento por analogía y observación para comparar formas, las cuales se requieren para desempeñarse eficazmente en este test.

Test Gestáltico Visomotor Bender.

Este test se aplicó para descartar la posible presencia de daño cerebral, así como para determinar el nivel de madurez visomotriz de la paciente; y el área afectiva, en el cual no presento daño cerebral y obtuvo un nivel de madurez visomotriz adecuado.

Conclusiones.

-Proseguir con las revisiones periódicas con el neurólogo que actualmente la atiende, y que se tenga acceso a los resultados obtenidos.

-Continuar trabajando su esquema corporal.

- Seguir un adiestramiento para su lateralidad.

- En lo que se refiere al área emocional se recomienda el tomar una terapia psicológica para disminuir su irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y su impulsividad

- Enseñar a resolver en el área de matemáticas, multiplicaciones y divisiones.

- Trabajar el uso adecuado de artículos en oraciones.

- Estimular el razonamiento analógico.

CASO 2

DIAGNÓSTICO

Datos Generales.

Nombre: J.

Edad: 12 años.

Sexo: Masculino.

Escolaridad máxima: tercer grado de primaria.

Fecha de nacimiento: 11-09-84.

Fecha del estudio: Mayo de 1997.

Nombre del responsable: Pérez Ceballos Lilia.

Motivo de consulta.

El paciente fue remitido por el P. Martín Montoya. La madre del paciente fue quien asistió a consulta, comentando que el niño es "muy agresivo, si no se le da algo, avienta cosas". Esta conducta la presenta J con su abuela materna, abuelo materno, primas, su hermana y con la madre.

Instrumentos empleados para la evaluación.

- 1) Observación directa.
- 2) Entrevista a padres de familia (ver anexo).
- 3) Test de la Figura Humana de Goodenough (ver anexo).
- 4) Test de Matrices Progresivas para la medida de la capacidad Intelectual de Raven, Escala Especial (ver anexo).
- 5) Test de la Familia de Corman (ver anexo).
- 6) Tarjetas con dibujos.
- 7) Lápiz, papel.

Historia Clínica.

Los datos de esta sección se obtuvieron con apoyo de los datos arrojados en la Entrevista para Padres de Familia.

Historia Prenatal. Exposición del feto a los 4 meses de embarazo a Rayos X.

Historia Perinatal. Posible anoxia (presencia de coloración morada).

Diagnóstico de Pérdida Auditiva Congénita.

Historia Postnatal. Retraso considerable en su desarrollo global:

- _ Control de esfínteres a los 3 años.
- _ Come solo a partir de los 4 años.
- _ Caminó sólo a los 3 años.
- _ El desarrollo del lenguaje se ve considerablemente afectado.

Ha mostrado temperaturas mayores a los 40 grados, la última de éstas se presentó hace un año (1996)

- _ Presencia de convulsiones; la última se suscitó en Mayo de 1997
- _ Ha sufrido golpes en la cabeza.

Composición Familiar.

Estos datos se recogieron también a través de la Entrevista a Padres.

La madre de J es oyente, tiene 30 años y es madre soltera. Ella es el único sostén económico de la familia. No presenta problemas de salud.

J ocupa el segundo lugar de 3 hijos. Su hermana mayor es oyente, tiene 14 años y cursa actualmente la Secundaria. Su hermano menor (oyente) tiene 3 años.

Relaciones Familiares.

En la casa de J viven sus abuelos y primos aparte de las personas ya mencionadas en la composición familiar. Existe una relación conflictiva entre J y todos los demás miembros de la familia (abuelos, primos, hermana y mamá). La mamá refiere que el niño es rechazado (por parte de los abuelos). Hace "berrinches", avienta cosas, sin entender los demás por qué lo hace. J no puede comunicar el motivo de sus enojos, ya que tiene un manejo pobre del lenguaje manual, además de estar poco oralizado (lenguaje verbal). Aunado a lo anterior, sus familiares utilizan únicamente el lenguaje oral para comunicarse, desconocen casi por completo el lenguaje manual, por tanto su forma de comunicación hacia el niño es con mímica y con algunas palabras.

La madre menciona que el niño se observa triste y llora cuando es rechazado, comenta la mamá.

Estudios Realizados.

Examen audiométrico.

El diagnóstico es Hipoacusia sensorial profunda bilateral congénita de predominio en el oído derecho (O.D).

Historia Educativa.

Cursó hasta tercero de Primaria en una Escuela para Oyentes, ya que presentó dificultades para continuar con el ritmo de aprendizaje de sus compañeros de estudio. Actualmente a sus 12 años es estudiante del I.R.O, encontrándose en el segundo nivel de Primaria. Su maestro actual menciona que se le dificultan las divisiones (Ver Tabla 13 en Resultados), y al evaluar con las tarjetas que contenían dibujos, pudo identificar 16 palabras, asimismo se observó que confundía los artículos en género, al aplicarlo a oraciones, su escritura es poco legible y lee muy poco.

Test de la Figura Humana.

Con la aplicación de esta prueba se pudo evaluar el área cognitiva y afectiva del individuo. Su ejecución en el Test se tradujo en una considerable calificación por debajo de la media de la población de su edad. Más que retomar un diagnóstico intelectual obtenido por medio de este test, lo que se pretende es el conocer qué déficits a nivel cognoscitivo llevan al resultado mencionado. Es decir el puntaje obtenido se traduce en posibles dificultades en las tareas de asociación, análisis, relaciones espaciales, proporcionalidad, abstracción, coordinación visomotora y esquema corporal (Ver cap. 3, página 77)

Desde el plano afectivo se encontraron los siguientes indicadores: extrema inseguridad, retraimiento, inmadurez e impulsividad, control interno pobre e inhibición de los impulsos.

Test de Matrices Progresivas para la Medida de la Capacidad Intelectual

Esta instrumento evaluó el área cognitiva. La actitud del sujeto hacia la prueba se caracterizó por ser reflexiva, rápida, y concretada e igualmente se mostró dispuesto, interesado, tranquilo, seguro y su perseverancia fue regular.

El puntaje obtenido es de 24 puntos, y con base en una edad de 12 años, se encontró una capacidad intelectual inferior al término medio, lo cual quiere decir que presenta posibles dificultades en cualquiera de las siguientes funciones cognoscitivas razonamiento por analogía y observación para comparar formas, las cuales se requieren para desempeñarse eficazmente en este test.

Test de La Familia.

Esta prueba evaluó el área socio-afectiva del individuo retomando únicamente el plano gráfico y el plano de las estructuras formales debido a su contenido no verbal. Ésto para obtener una mayor confiabilidad de los resultados arrojados.

Se encontró que J muestra fuertes pulsiones, audacia, y/o violencia, así como una falta de expansión o una inhibición de las tendencias. Manifiesta problemas en su

infancia, hay un estancamiento en la etapa de la niñez, no se desea experimentar otras experiencias futuras o vislumbrar su porvenir. A su vez J es imaginativo y soñador. Evita sentir emociones relacionadas con la depresión así como sensaciones de falta de energía como es el cansancio. Inhibe su espontaneidad, es rígido consigo mismo.

Conclusiones.

_ Por presentar deficiencias en el Test de la Figura Humana se recomienda seguir un adiestramiento enfocado a su esquema corporal.

_ Trabajar en su lateralidad.

_ En lo que se refiere al área emocional se recomienda el tomar una terapia psicológica para actuar sobre sus conductas de retraimiento, impulsividad e inseguridad.

-- Enseñar a resolver en el área de matemáticas, divisiones.

-- Recibir una instrucción referente al uso adecuado de artículos en oraciones.

-- Estimular el razonamiento analógico.

-- Desarrollar a través de ejercicios el área de escritura y el del Lectura.

CASO 3. DIAGNÓSTICO.

Datos Generales.

Nombre: P.

Edad: 26 años.

Sexo: Femenino.

Fecha de nacimiento: 11-09-84.

Fecha del estudio: Mayo de 1997.

Nombre del responsable: Pérez Ceballos Lilia.

Motivo de consulta.

La paciente fue remitida por el Dir. del I R O. La madre de la paciente fue quien asistió a consulta, comentando que la muchacha no avanza en la escuela, ni hace la tarea, olvida hacer el quehacer y también se le olvida donde deja las cosas. Rompe objetos y se produce ella misma heridas y quemaduras

Instrumentos empleados para la evaluación.

1) Observación directa.

2) Entrevista a padres de familia (ver anexo).

3) Test de la Figura Humana de Goodenough (ver anexo).

4) Test de Matrices Progresivas para la medida de la capacidad Intelectual de Raven, Escala Especial (ver anexo).

5) Test Guestáltico Visomotor de Bender (ver anexo).

6) Test de la Familia de Corman (ver anexo).

7) Tarjetas con dibujos.

8) Lápiz, papel.

Historia Clínica.

Historia prenatal. La madre sufre una caída severa durante el embarazo.

Historia postnatal. Sin problemas en su desarrollo.

Sin embargo P a los 3 años sufre una caída muy fuerte, quedando afectado el ojo izquierdo, el cual quedó desviado (estrabismo). Se le detecta la sordera en una revisión médica a los tres y medio años de edad, ignorando la causa de la misma. Actualmente presenta estreñimiento, pérdida de apetito y cefaleas.

Composición Familiar.

La mamá de la paciente es viuda, tiene 49 años y es comerciante. P es la segunda hija de cinco hijos, de los cuales cuatro son del sexo femenino, mientras que sólo hay un hijo del sexo masculino. P es el único miembro de la familia con deficiencia auditiva.

Relaciones Familiares.

La comunicación entre P y los demás miembros de la familia es principalmente por medio de la mímica seguido en menor medida del lenguaje manual. Sin embargo el lenguaje oral de P es muy reducido, además tanto los miembros de la familia, desconocen muchas de las señas del lenguaje manual así como la misma paciente casi no lo maneja.

Las relaciones familiares se tornan conflictivas en la hora de la comida pues la muchacha no quiere comer, donde están presentes la madre de la paciente así como su hermana la mayor. Además cuando se le compra ropa la destruye, siempre en presencia de alguien. Hay continuamente amenazas por parte de la paciente de abandonar la casa, aunque no lo ha llegado a realizar.

Historia Educativa.

Su historia educativa se reduce al I.R.O., donde ingresa en 1992 a la edad de 21 años; al cual asiste sólo durante un año debido a problemas económicos.

Nuevamente ingresa a finales de 1996 a éste instituto siendo colocada en el Taller de Encuadernación, así como en primer nivel de Alfabetización. En la escuela no muestra conducta agresiva.

P con las tarjetas ilustradas, se obtuvo un total de 7 palabras que logró reconocer (Ver Tabla 9, fase A en Resultados), se observó asimismo que utiliza algunas palabras a lo más de 2 sílabas, a nivel oral; confunde varias letras del abecedario de oyentes, se le dificulta realizar sumas, restas (Ver tabla 10 y 11, fase A en Resultados); tiene un deficiente conocimiento a nivel de escritura y lectura. No discrimina derecha-izquierda.

Test de la Figura Humana.

Esta prueba evaluó el área cognitiva y afectiva. P manifestó una actitud cooperativa, aunque tímida e insegura a lo largo de la prueba.

Su ejecución en el Test se interpreta como una considerable calificación por debajo de la media de la población de su edad. Más que retomar un diagnóstico intelectual obtenido por medio de este test, lo que se pretende es el conocer qué déficits a nivel cognoscitivo llevan al resultado mencionado. Es decir el puntaje obtenido se traduce en posibles dificultades en las tareas de asociación, análisis, relaciones espaciales, proporcionalidad, abstracción, coordinación visomotora y esquema corporal (Ver cap. 3 página 77).

Desde el plano afectivo se encontraron los siguientes indicadores: retraimiento, aislamiento, así como la inhibición de los impulsos, inmadurez e impulsividad, intento rígido por controlar sus impulsos e ira.

Test de Matrices Progresivas.

Este test evaluó el área cognitiva. Con respecto a la actitud del sujeto hacia la prueba, predominó una actitud retraída. Los resultados arrojan una capacidad inferior al término medio lo cual quiere decir que P presenta posibles dificultades en cualquiera de las siguientes funciones cognoscitivas: razonamiento por analogía y observación para comparar formas, las cuales se requieren para desempeñarse eficazmente en este test.

Test Gestáltico Visomotor Bender.

Esta prueba se aplicó para descartar la posible presencia de daño cerebral, así como para determinar el nivel de madurez visomotriz de la paciente y el área afectiva.

A lo largo de la prueba se mostró retraída, pero a su vez cooperativa en la tarea. Con su desempeño en el test, se encontró una adecuada función viso-motriz. El único ítem que apoya posible lesión cerebral, es la presencia de perseveración en la figura 2. Desde el plano afectivo, se encontró que P presenta ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

Test de la Familia.

Este instrumento evaluó el área socio-afectiva, solamente a través del plano gráfico y el plano de las estructuras formales debido a su contenido no verbal, para obtener una mayor confiabilidad de los resultados arrojados. La interpretación de éstos dos planos, muestran que P tiende a ser tímida, presenta delicadeza de sentimientos y espiritualidad, baja autoestima pues hay una incapacidad para afirmarse, así como una neurosis de fracaso. Es una muchacha soñadora, idealista e imaginativa, que tiende a ver el porvenir más que al presente o al pasado. No acepta emociones relacionadas con la depresión. Vive dominada por lo regulado. Es una persona dependiente de los demás: sensible al ambiente que implica interacción social, al movimiento y al calor de los lazos entre personas. Las líneas curvas expresan su dinamismo por la vida.

Conclusiones.

Canalizar a alguna Institución, al área de optometría para tratar su problema de visión, así como a Neurología para revisar su estado neurológico.

- _ Por presentar deficiencias en el Test de la Figura Humana es conveniente seguir desarrollando su esquema corporal.
- _ Trabajar en su lateralidad.
- _ En lo que se refiere al área emocional se recomienda el tomar una terapia psicológica para actuar sobre sus conductas de retraimiento, e impulsividad.
- Recibir adiestramiento en lo concerniente al razonamiento analógico.
- Estimular a través de ejercicios el área de escritura y el de Lectura.

ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE PROGRAMA (Etapa 3).

El determinar ciertos aspectos sobre los que éstos tres casos, presentaron dificultades; no se quedó simplemente con un interés lógico, sino que además se buscaron métodos de entrenamiento que permitieran superarlas, de ahí la importancia de la intervención posterior al diagnóstico, la cual enseguida se reproducirá de manera breve sus características.

_ Previo a arribar esta etapa, se aduce que en los tres diagnósticos elaborados, contienen entre sí semejanzas en lo referente a los problemas que presentaron determinadas áreas en las que se necesitó incidir. De lo anterior para lograr ser conciso, y no repetitivo en la información que concierne a la intervención, a continuación se resume ésta última a través de la presentación de un programa de actividades que engloba las áreas en las que se actuó en los tres casos; enfatizando objetivos planteados con sus correspondientes actividades a cubrir.

ÁREA DE PERCEPCIÓN ESPACIAL.

Objetivo. Que logre una interpretación adecuada de las diversas posiciones en el espacio, que lo apoyen en su desenvolvimiento, así como en las áreas de cálculo y escritura.

Actividades:

_ Para facilitar la tarea de discriminación de derecha-izquierda, se usaron cintas distintas en cada uno de los pies del individuo para motivarlo a realizar ejercicios de abrir y cerrar las manos. Primero a la izquierda, luego a la derecha, arriba, abajo y de frente (1).

_ Se le guió para que pasara objetos de una mano a otra, de izquierda a derecha y viceversa (1).

_ Se le pidió que subiera, bajara, y se colocara al lado, enfrente de una escalera o un banco(1).

_ Se le enseñó a dar palmadas en una dirección determinada y se le solicitó que informara en qué dirección se dio la palmada (1).

_ Que se colocara en diferentes posiciones de acuerdo a las instrucciones dadas (1).

_ Debía indicar diversos objetos de un salón, y se le pidió que comunicara si ellos estaban a su izquierda, derecha, delante, detrás de él (1).

_ En actividades de mesa, se hizo que colocara letreros, en un plano de arriba, abajo, atrás, delante, derecha-izquierda (1).

_ Para complementar tales actividades se empleó el Manual de Percepción Visual de Frosting, aplicando primeramente del nivel intermedio y por último del nivel avanzado, los siguientes ejercicios que se explican brevemente:

a) *Inversiones y rotaciones.* Se le pidió que describiera las diferentes posiciones de las figuras mostradas en diversas ilustraciones (1)

b) *Puntos que se unen por medio de líneas en diferentes direcciones.* Se le dio la instrucción de que trazara una línea en determinada dirección (1).

c) *Armado de Rompecabezas.*

d) *Laberintos.* Resolvió laberintos encontrando el camino más corto hacia la meta o salida (1).

ÁREA ACADÉMICO COGNITIVA.

Objetivo: Estimular las funciones básicas (juicio, razonamiento, atención); y proporcionarle herramientas en el área de lectura, escritura y matemáticas que le permitan un mejor manejo de sí mismo en los diferentes aspectos de su vida.

Subárea de Lectura y Escritura (Lenguaje).

Actualmente existe una gran controversia en determinar qué tan adecuado es para el sordo dominar un lenguaje verbal, o un tipo de comunicación manual que le permita un mayor desenvolvimiento en las áreas cognitiva, emocional y social que lo conforman. De lo anterior, en lo que respecta al proceso de Enseñanza del I.R.O. retoma el programa de la SEP, el cual enfatiza la importancia del aprendizaje del lenguaje verbal a nivel de escritura y lectura (sin embargo en el I.R.O. se complementa con la adquisición de la comunicación total, que también se considera indispensable). Es por ésto que se agrega un conjunto de actividades a incidir en éstas áreas que enseguida se explican.

Objetivo: Que logre discriminar visualmente cada una de las letras que conforman el abecedario.

Actividades:

_ Se le solicitó que marcara con una cruz todos los ejemplos de una letra determinada en una línea impresa (3)

_ Se le pidió que reconociera la letra que se le presentaba en diferentes formas (mayúscula, minúscula, manuscrita) (3)

Objetivo: Evitar la presencia de inversiones de letras que caracterizan a la dislexia.

Actividades:

_ En una hoja reticulada tenía que marcar los puntos iniciales de las letras que debe practicar, de tal manera que las líneas de cada casillero impedian que formara las letras a la inversa (3).

_ En las letras que se confundían por sus semejanzas, una de ellas se marcará en alguna parte con negro y a la siguiente letra se le adicionaba otro trazo pequeño para evitar lo anterior (3)

Objetivo: Adquirir y desarrollar la anticipación de palabras, como técnica a utilizar en el proceso de lectura.

Actividades:

_ A través del juego de sopa de letras, el cual contenía cierto número de palabras escritas escondidas en diferentes sentidos, el sujeto debía encontrar palabras basándose en los dibujos que enmarcaban las letras (1) (2) (3).

_ Utilizando una hoja impresa donde aparecía una lista de palabras de un mismo campo semántico, en las cuales se habían eliminado todas las vocales en cuyo lugar aparecían espacios en blanco, se le pidió que adivinara el mayor número de palabras posibles y anotara las vocales correspondientes (1) (2) (3).

Objetivo: Fomentar la escritura con una adecuada ortografía y gramática, así como estimular el interés por la adquisición de nuevo vocabulario.

Actividades:

_ A través de tarjetas con nombres impresos, se le pidió que discriminara su nombre y el de personas cercanas a ella (1) (2) (3).

_ Utilizando tarjetas ilustradas con objetos concretos, junto con otras tarjetas que contenían sus respectivos nombres de éstos, el sujeto tuvo que reconocer objetos por su nombre; además se le pidió que definiera esas palabras por el uso, así como las características que tenían (1) (2) (3).

_ Por medio de un memorama, que contenía dibujos de objetos y animales (se aclara que no aparecía escrito el nombre, sino solamente el dibujo), se le pidió que formara pares de tarjetas iguales, y que escribiera correctamente en una hoja aparte el nombre del objeto o animal representado, para ganarse el par (1) (2) (3).

_ Se le solicitó que identificara de una serie de palabras cuáles estaban escritas incorrectamente (1) (2) (3).

_ Empleando tanto tarjetas ilustradas con diversa cantidad de objetos en cada una de ellas; así como tarjetas que contenían diferentes modalidades de artículos (en género, número), se le pidió que apareara el dibujo con su correspondiente artículo (1) (2) (3)

Subárea de Matemáticas.

Objetivo: Establecer conceptos básicos, que faciliten y posibiliten el aprendizaje de operaciones aritméticas de uso común y cotidiano.

Actividades:

_ A través de tarjetas con dibujos y tarjetas con los signos de más, igual y menos respectivamente se le enseñaron estos conceptos; y se le pidió posteriormente que ejemplificara los conceptos que se le indicaban (1) (3).

_ Se le pidió que representara utilizando material fácilmente manipulable como son frutas, unicel, plastilina, los conceptos de medio-tercio-cuarto-entero (1) (3).

_ Se le solicitó que agrupara con base a un color, fichas en grupos de decena, docena y centena (1) (2) (3).

_ Se le enseñó a resolver sumas mediante objetos, y dibujos, cubriendo en orden progresivo lo siguiente:

a) suma de dígitos con resultados que no sobrepasaran la decena (1) (2) (3)

b) suma de dígitos cuyo producto fuera menor la docena (1) (2) (3).

a) suma de dígitos con resultado que no excediera la centena (1) (2) (3)

_ A través del abaco, realizar restas, se le enseñó a resolver cubriendo también en orden progresivo resultados que primero no rebasaran la decena, posteriormente, la docena y por último la centena (1) (3)

_ Finalmente en ambos tipos de operaciones, se le solicitó que resolviera mediante dibujos, multiplicaciones y posteriormente divisiones; partiendo de una cifra, luego con dos cifras y en último término con varias cifras (2)

Subárea de otras Funciones Cognitivas.

Objetivo General: Estimular las funciones básicas como son memoria, atención, comprensión, juicio y razonamiento, con el fin de lograr una mayor capacidad de desenvolvimiento en el área cognitiva.

Objetivo Particular: Adquirir y desarrollar la función de aprehensión de figuras discretas espacialmente relacionadas con un todo

Objetivo Particular: Analizar un todo en sus componentes.

Objetivo Particular: Desarrollar la capacidad de concebir figuras correlativas y educación de correlaciones.

Actividades:

_ Se le presentaron láminas con absurdos visuales (cuyo contenido era ilógico) para que los observara y descubriera, señalándolos (1) (2) (3).

_ Apoyándose en el Manual de Percepción Visual de Frosting, se realizaron los siguientes ejercicios que correspondieron al nivel intermedio, así como avanzado (1) (2) (3)

a) Se le pidió que ordenara historias, retomando la lógica de la secuencia temporal (primero...último).

b) Completar figuras, dibujando lo que faltaba.

c) Se le pidió que recordara determinadas secuencias espaciales.

d) Armado de figuras diversas.

_ Empleando el Test de Matrices Progresivas de Raven Escala Especial, se enseñaron y explicaron las respuestas correctas de todos los ejercicios de las escalas A, Ab, B que conforman a esta prueba, enfatizando en aquellos donde se presentaron dificultades importantes. Finalmente se le pidió que resolviera sin ayuda, nuevamente esta prueba (3) (1) (2)

_ Posteriormente se le pidió que realizara ahora las escalas C, D, y E que se incluyen en el Test Raven para adultos, cuando el sujeto terminaba se explicaban sólo aquellos reactivos incorrectos, enfatizando la respuesta correcta (1) (2) (3)

ÁREA DEL ESQUEMA CORPORAL.

Objetivo: Lograr y generalizar el conocimiento corporal del ser humano.

Actividades:

_ Se le ofrecieron recortes de papel con figuras humanas desmembradas, para que las colocara ordenadamente (1) (2) (3).

_ Se le dieron revistas para que recortara figuras humanas (1) (2) (3).

_ Se le pidió que formara algunas personas pegando junto en papel los diferentes miembros del cuerpo (1) (2) (3).

_ Cortó y pegó diferentes partes del cuerpo, pidiendo que las identificara (1) (2)

(3).

ÁREA SOCIAL.

Objetivo: Que adquiera formas de convivencia y conductas, que sustituyan aquellos comportamientos que lo segregan, y que permita relacionarlo y hacerlo independiente en diversos ambientes.

Actividades:

_ Se le solicitó que saludara individualmente a todos sus compañeros, e invitarlos a saludarle entre ellos (1) (2) (3).

_ Se aprovecharon las situaciones de la vida diaria para aplicar las normas de cortesía. Buenas tardes, adiós, permiso, entre otros (1) (2) (3).

_ Se le orientó a que realizara acciones de ayuda mutua, entre su familia y compañeros, ejemplificando con ilustraciones (1) (2) (3).

_ A través de dibujos, se le explicó y motivó para que ayudara y apoyara a quien lo necesitara (1) (2) (3).

ÁREA AFECTIVA .

Objetivo: Elevar su autoestima, controlar y canalizar emociones que crean conflicto con su entorno.

Actividades:

Se incidió en esta área, basándose en los rubros que señala el programa titulado *Terapia a través del Arte*; (el cual se abordará a partir de la página 138, ya que éste programa debido a las necesidades detectadas, su contenido globaliza una aplicación a cualquier persona con éste déficit sensorial y con problemas a nivel afectivo y de Comunicación), de tal manera que se realizó una Intervención a nivel grupal integrada por la participación de los 3 casos ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾.

- (1) Se refiere a las actividades aplicadas en el paciente que representa el CASO 1.
- (2) Actividades desarrolladas en el CASO 2.
- (3) Actividades utilizadas en el CASO 3.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN 4 SORDOS (Etapa 4).

El personal docente que tiene a su cargo el nivel 1 de Primaria del I.R.O., solicitó al área de pedagogía, atención pedagógica a 4 sordos que presentaban las mismas características de rezago en el área de escritura, y de esta forma la prestadora de Servicio Social de esta área construyó un programa que incidiera en la problemática de estos sujetos (la cual fue establecida a través de la información proporcionada por el profesor responsable del grupo, de nivel 1, ya mencionado). Así el objetivo de este programa era el lograr redactar ideas coherentes en forma escrita, tomando en cuenta que estos individuos dominaban de ante mano las nociones básicas del área de escritura y lectura.

Es conveniente indicar que no se ahondará más en lo referente al contenido del programa mencionado, puesto que no hay que olvidar que este reporte final del Servicio Social se aboca en primera instancia en la labor realizada por el área de Psicología, y el hecho de que esta actividad efectuada por el área de Pedagogía, fuera explicada brevemente, se debió a que el área de Psicología, jugó un papel importante en la misma, como se menciona a continuación.

Es decir, antes de aplicar el programa ya referido, la prestadora de Servicio Social de Pedagogía, solicita al área de Psicología, apoyo en lo que se refiere a la evaluación y diagnóstico de las esferas cognitiva y emocional, así como la presencia de daño cerebral, a fin de identificar posibles déficits en los rubros evaluados, que pudieran influir o relacionarse con la naturaleza de la problemática nombrada en el área de escritura, y a su vez también para conocer más a fondo, las características de estos sujetos para adaptar las actividades a cada individuo. Para lo anterior, se utilizó el Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual, Escala Especial de Raven; para evaluar el área cognitiva y también para valorar ésta área, se empleó el Test de la Figura Humana de Goodenough.

En lo correspondiente a la esfera afectiva, se eligió el Test de la Figura Humana ya mencionado, así como el Test Visomotor de Bender, especificando que este último instrumento tuvo otra finalidad aparte de la explicada, la cual fue el descartar posible presencia de Daño Cerebral.

Se enfatiza que esta evaluación corrió a cargo del área de Psicología, y se llevó a cabo en una sesión de dos horas, donde se aplicaron todas las pruebas citadas de forma grupal.

A continuación se presenta la tabla 7 que sintetiza los resultados obtenidos de la evaluación y su respectivo diagnóstico a nivel individual.

TABLA 7. DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DE 4 CASOS EN EL ÁREA COGNITIVA, AFECTIVA Y DAÑO CEREBRAL.

CASO	EDAD	CI	CI	DAÑO CEREBRAL	ÁREA EMOCIONAL.
		FIG. HUM.	RAVEN.		
1	25a 10m	T.M.	I.T.M.	Ausente	Presencia de agresividad e impulsividad.
2	18a	I.T.M.	T.M.	Ausente.	Sin indicadores emocionales.
3	16a 5m	T.M.	T.M.	Ausente	Sin indicadores emocionales.
4	19a 11m	S.T.M.	T.M.	Ausente.	Impulsividad, retraimiento.

* T.M. Término medio, promedio a la población.

* I.T.M. Inferior al Término medio, por debajo de promedio.

* STM. Superior al término medio, por arriba del promedio.

Observando los datos que arroja este cuadro, es importante señalar que hay presencia de varios rasgos homogéneos, como es la ausencia del Daño Cerebral en todos los casos, pero también varían ciertos datos, como son los relacionados al C.I., y al área emocional, donde hay algunos puntos indicativos de posible alarma, como son la presencia de problemas emocionales, y en los vinculados al C.I., también hay un desempeño cognitivo por abajo de la media y en efecto, éstos fueron un aspecto de alta importancia a considerar, al trabajar el área de Pedagogía con estos 4 sujetos.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL Y GLOBAL DE TODA LA POBLACIÓN DEL I.R.O (Etapa 5).

Como ya fue mencionado, otra problemática esencial a resolver era la referente a la actualización de expedientes, en este sentido el área de psicología en particular; hizo una evaluación del área afectiva utilizando para ésto el test de la Figura Humana de Goodenough, y en el área cognitiva, se empleó nuevamente el Test de Goodenough, y el Test de Raven, Escala Especial

La finalidad de esta etapa, era llegar a un diagnóstico a nivel individual de éstas áreas, para lograr de manera práctica un conocimiento general e integral, de cada uno de los estudiantes del I.R.O., y a su vez poder identificar aquellos casos que requerían un apoyo adicional al ya dado por parte de la Institución, al presentar déficits en sus capacidades cognoscitivas y/o alteraciones emocionales relevantes; y por tanto intervenir en los mismos.

Por otra parte, se señala que esta evaluación, abarcó a toda la población estudiantil del I.R.O., y se realizó de forma colectiva, respetando el grado y grupo escolar al que pertenecían.

A continuación se resumen los resultados producidos a través de esta actividad, por medio del cuadro número 6, que contiene los individuos con los que se trabajó, su Edad Cronológica (E.C.), su respectivo Diagnóstico tanto a nivel intelectual (I.T.M.= Inferior al término medio, T.M.= Término medio, S.T.M.= Superior al término medio), como a nivel emocional, haciendo hincapié únicamente en indicadores emocionales que conlleven a un mal funcionamiento de esta área.

TABLA 8.1 DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DEL ÁREA EMOCIONAL Y COGNOSCITIVA

NOMBRE	E.C	FIG. HUM. C.I	RAVEN C.I.	AREA EMOCIONAL.
Bazar Villegas	29 a. 9m	T.M.	I.T.M.	Impulsividad, inseguridad, carencia de un sentimiento de identidad.
Guadalupe e Niño	34a. 9m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
Manaji Reyes	20a	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
Única Cruz	19a 6m	S.T.M.	T.M.	Control interno pobre e inhibición de los impulsos.
Eniel Pérez	16a 6m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales
Andrés Jiménez	20a 10m	S.T.M.	S.T.M.	Sin indicadores emocionales
Guillermo	19a 5m	I.T.M.	I.T.M.	Inmadurez e impulsividad.
Guadalupe Alonso	14a 11m	S.T.M.	S.T.M.	Inmadurez e impulsividad, agresividad.
María Pelaez	15a 5m	T.M.	I.T.M.	Carencia de un sentimiento de identidad
Armando	16a 11m	S.T.M.	S.T.M.	Sin indicadores emocionales.
María Rivas	10a 7m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
María Garduño	17a 8m	I.T.M.	T.M.	Ansiedad y un concepto pobre de sí mismo.
Antonio	29a 3m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales
Rosa Mora	29a 3m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
Rosa Camargo	29a 9m	I.T.M.	I.T.M.	Sentimientos de inadecuación.
María Méndez	10a 7m	I.T.M.	I.T.M.	Inestabilidad, falta de equilibrio.
María Záñez	20a 7m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales
María Patricia Pérez	24a 8m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales
Guadalupe	29a 10m	I.T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
María Elena	17a	I.T.M.	T.M.	Control interno pobre e impulsividad.
Juan Montiel	25a 10m	T.M.	I.T.M.	Presencia de agresividad e impulsividad.
Rafael Cortés	17a 11m	I.T.M.	I.T.M.	Inseguridad y retraimiento.
León Lozano	23a 10m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
Béscar Villegas	30a 7m	I.T.M.	I.T.M.	Inestabilidad, falta de equilibrio general, control interno rígido, dificultad para concentrarse con los demás.
Luis Velázquez	24a 3m	S.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
Bergerio	22a 10m	S.T.M.	S.T.M.	Sin indicadores emocionales.

* Por cuestiones de ética profesional se manejaron nombres ficticios de los sujetos evaluados.

TABLA 8.2. DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DEL ÁREA EMOCIONAL Y COGNOSCITIVA.

NOMBRE	E.C.	FIG. HUM. C.I.	RAVEN CI.	ÁREA EMOCIONAL..
el Monroy in	18a	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
emón es Solano	36a 11m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ntricia Peña s	31a 3m	I.T.M.	I.T.M.	Ansiedad y un concepto pobre de sí mismo.
sús Ramírez mez	19a 4m	T.M.	T.M.	Presencia de hostilidad, y agresividad.
idira Herrera in	16a 8m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
lia Guzmán do	27a 11m	I.T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
rina Román ine	17a 11m	S.T.M.	T.M.	impulsividad, expansividad.
osa Cruz opa	33a 11m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ible Flores s	25a 8m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ia Altamirano do	24a 7m	S.T.M.	T.M.	Expansividad, controles internos deficientes.
mando s Morales	14a 3m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
sús Facio cho	22a 3m	I.T.M.	I.T.M.	Inestabilidad e inseguridad.
onso Raveio a	27a 6m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
lgar Garduño s	20a 11m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ura Romero s	26a 4m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
audia ález Ravelo	29a 7m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
sé Garrido ndez	12a 11m	I.T.M.	T.M.	Extrema inseguridad, retraimiento, inmadurez, impulsividad, control interno pobre.
dro Saucedo as	32a 7m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
úl Cercero a	21a 2m	I.T.M.	I.T.M.	Inmadurez, impulsividad, control interno pobre.
osa Merlos ar	18a 11m	S.T.M.	S.T.M.	Sin indicadores emocionales
sar Osorio ez.	25a 6m	I.T.M.	T.M.	Inestabilidad, inseguridad, controles internos deficientes.
is Cepeda	17a 5m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ma Garduño	25a 2m	T.M.	T.M.	Tensión ,inseguridad, rigidez para controlar impulsos.
ector Padilla s	25a 10m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
scar guez Robles.	20a 3m	I.T.M.	I.T.M.	Ansiedad, concepto pobre de sí mismo, extrema inseguridad y retraimiento.
onso Godoy ras	15a 4m	S.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.

TABLA 8.3. DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DEL ÁREA EMOCIONAL Y COGNOSCITIVA.

NOMBRE	E.C.	FIG. HUM. C.I.	RAVEN C.I	ÁREA EMOCIONAL.
Ielberto íz Ocaña	35a 4m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ernando Ortiz tez	17a 5m	I.T.M.	I.T.M.	Controles internos deficientes, tensión e inmadurez.
olando Ortiz zar.	27a 8m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
oncepción iles G.	31a 2m	S.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
uadalupe ca M.	23a 9m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
lario Galindo	32a 11m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
uan Andrade ía.	19a 10m	I.T.M.	T.M.	Retraimiento e inseguridad.
laría mares Lara.	32a 7m	I.T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
lanca Mañón tero	30a 2m	T.M.	T.M.	Carencia de un sentimiento de identidad.
osalba ado López	27a 10m	S.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ocio Gómez eca	18a 11m	I.T.M.	I.T.M.	Ansiedad y un concepto pobre de sí mismo.
arina Pérez s	14a 9m.	I.T.M.	I.T.M.	Sentimientos intensos de inadecuación intelectual, inmadurez, impulsividad, agresividad, inseguridad.
aula Carrasco érrez	26a	I.T.M.	I.T.M.	Retraimiento, impulsividad, intento rígido por controlar sus impulsos.
licia Moya stinos	30a 4m	I.T.M.	I.T.M.	Retraimiento, inseguridad.
amuel era Arieta	28a 8m	S.T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
margarita a Gálvez	23a 3m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
raciela doza Silva	17a 2m	I.T.M.	T.M.	Ansiedad, concepto pobre de sí mismo.
iónica Padilla a	20a 8m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
racélli Juárez os	24a	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
lama Monroy ar	22a 9m	S.T.M.	T.M.	Inestabilidad e inseguridad
síhela Montes es	19a 3m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
lagali Casillas a	15a 7m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
raquel ana López	20a 3m	I.T.M.	I.T.M.	Inmadurez e impulsividad.
olando zar Ortíz	25a 3m	T.M.	T.M.	Expansividad, controles internos deficientes.
lima Cano luño	22a 11m	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
erardo es Alvear	19a 4m	S.T.M.	S.T.M.	Inestabilidad y falta de equilibrio.
arcos quez Sámano	20a 4m	I.T.M.	I.T.M.	Expansividad, controles internos deficientes, impulsividad.

TABLA 8.4. DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DEL ÁREA EMOCIONAL Y COGNOSCITIVA.

OMBRE.	E.C.	FIG. HUM. C.I.	RAVEN C.I.	ÁREA EMOCIONAL
ika Hurtado bra	24a 10m	S.T.M.	S.T.M.	Sin indicadores emocionales.
úl Montes	31a 10m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
enda Cortés	23a 6m	S.T.M.	S.T.M.	Retraimiento, timidez, inseguridad.
sús Rivas	17a 5m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
lio Guerner rez	19a 5m	S.T.M.	S.T.M.	Inestabilidad, falta de equilibrio general.
ndrea Oscos no	21a 9m	T.M.	T.M.	Expansividad, controles internos deficientes.
gética quez G.	14a 5m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ectá Arieta ez	15a 10m	S.T.M.	S.T.M.	Presencia de rigidez, dificultad para conectarse con los demás, impulsividad.
redo arribio M.	16a 5m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ancisco lo Gálvez	19a 11m	S.T.M.	T.M.	Hostilidad, agresividad.
aney López no	16a 5m	S.T.M.	T.M.	Impulsividad, retraimiento
lio Cervantes erón	17a 7m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
anuei alac Gálvez	19a 7m	S.T.M.	T.M.	Ansiedad, concepto pobre de sí mismo, retraimiento.
cardo Osorio	21a	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
lita Cedillo	25a	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
ocio López	30a	I.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
nar inos Medina	15a 8m	T.M.	T.M.	Tendencia a encerrarse en sí mismo, timidez, retraimiento.
ivia Guillen z	16a 6m	S.T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
aniela as Blas	25a 11m	T.M.	T.M.	Sin indicadores emocionales.
atalina Luna	28a 3m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
bdulía ios C.	28a 10m	T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.
ofelia án Cortés	29a 11m	I.T.M.	I.T.M.	Sin indicadores emocionales.

* Para mantener la ética profesional, así como la confidencialidad de éstos datos; se modificaron los nombres de la población en todas estas tablas.

- Como ya se observó la actividad previa, se avocó a tratar individualmente a cada sujeto, presentando su correspondiente diagnóstico, y dada a conocer esta información desarrollada en el cuadro anterior, es indudable el reconocer la presencia de ciertas constantes y/o similitudes (referente al diagnóstico), en los casos presentados. De ahí que se hizo necesario el crear otra actividad que se utilizara y fuera interpretada como su consecuente y complemento de la acción anterior, y con la cual se pretendía obtener una visión holística y más abarcativa de los datos arrojados, de manera conjunta.

La actividad mencionada, consistió en una evaluación y diagnóstico a nivel global de las características a nivel cognitivo y emocional, del sordo que ingresa al I.R.O..

Esta evaluación se realizó a través de la obtención de porcentajes totales de esta población; en lo que respecta a los datos referentes al C.I., y a los relacionados con el área emocional (retomados del último cuadro mostrado), de tal forma que se identifiquen los elementos donde se requiera intervenir.

Enseguida se presenta esta información conglomerada en gráficos, para observar con mayor nitidez y facilidad estos datos.

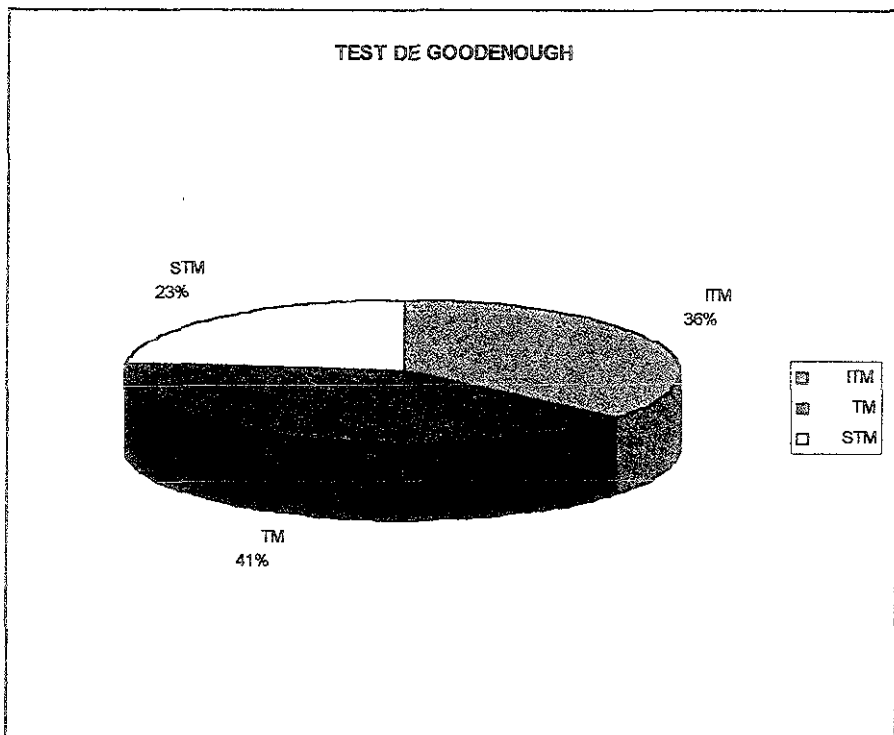


GRÁFICO 1. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL AREA COGNITIVA EN EL TEST GOODENOUGH.

En el gráfico 1 (Test de Goodenough) se muestra que el 23% de los sordos tienen un C.I. superior al término medio (119 -110), el 41% poseen un C.I. promedio (90-109), mientras que el 36% se encuentra por debajo de la media (90 - 0). Enfatizaré en éste último dato, pero no con mero fin a etiquetar y a subestimar el alcance de las posibilidades de acción de estos sujetos; sino más bien con la finalidad de especificar y enfatizar que este porcentaje (36%), representa a aquella población que requiere que se le estimule en funciones cognitivas como son tareas de asociación, análisis, relaciones espaciales, proporcionalidad, abstracción, coordinación visomotora y esquema corporal.

TEST DE RAVEN

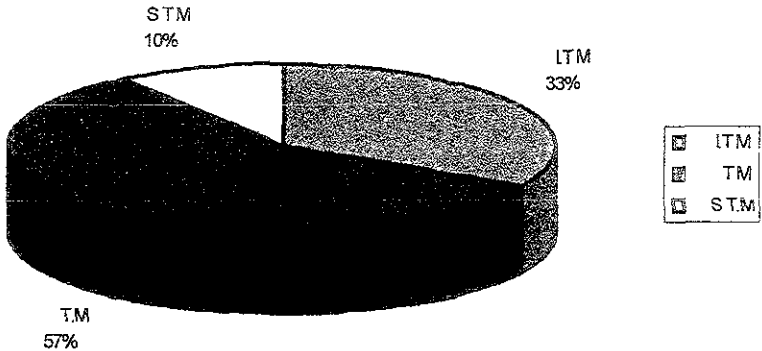


GRÁFICO 2. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÁREA COGNITIVA A TRAVÉS DEL TEST DE RAVEN.

En el Test de Raven (gráfico 2), 10% se desempeñó por arriba del promedio (119-110), 57% presentaron C.I. promedio (109-90), y finalmente 33% tuvo una ejecución por abajo de la media (90 – 0) lo que se traduce en posibles deficiencias en razonamiento por analogía y observación para comparar formas, siendo las mismas funciones cognitivas empleadas para resolver este test.

AREA EMOCIONAL

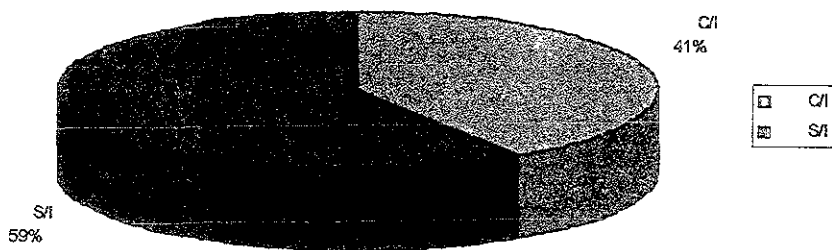


GRÁFICO 3. EVALUACIÓN DEL ÁREA EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA FIGURA HUMANA.

En éste gráfico el 59% del total de la población estudiada, no presenta dificultades en la esfera emocional, mientras que el 41% ejemplifica aquellos casos que requieren intervención en esta área.

DEFICITS EN EL AREA EMOCIONAL.

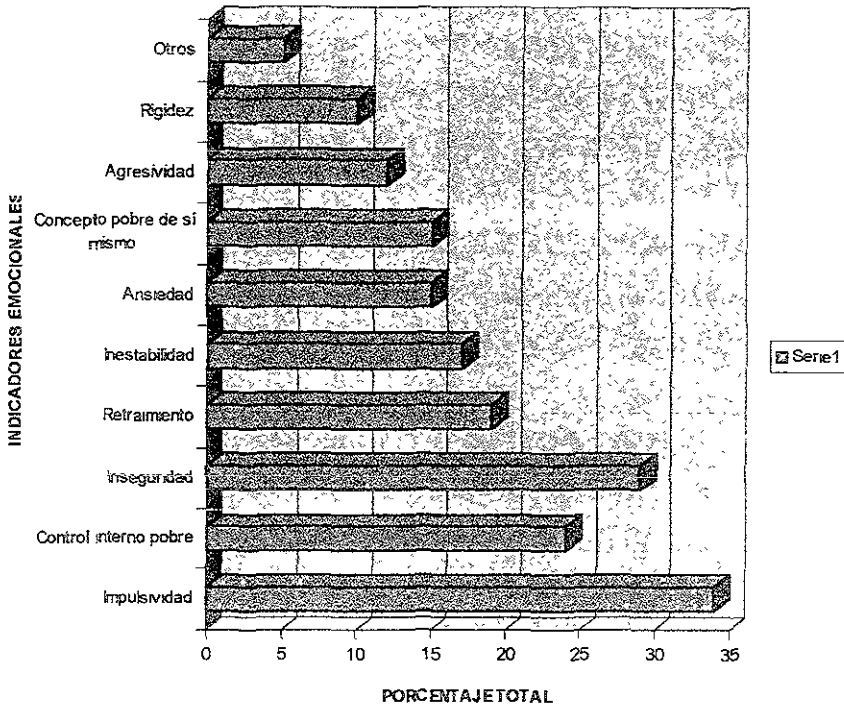


GRÁFICO 4. PORCENTAJE DE INDICADORES EMOCIONALES.

Este gráfico muestra de manera más detallada y específica el porcentaje de los diversos indicadores emocionales, que se relacionan con alteraciones o déficits en el área emocional, y que representan del total de la población, el 41% (ya citado en el gráfico anterior). Es importante aclarar, que los indicadores

Analizando este gráfico, se observa que no hay una predominancia absoluta de un indicador emocional sobre los demás. Sin embargo cabe señalar que existe de manera relativa un mayor puntaje en lo que respecta a la presencia de impulsividad (34%), seguido de inseguridad (29%), control interno pobre (24%), y retraimiento (19%), lo cual es importante tomar en cuenta, para cualquier intervención en ésta área.

Los datos que arroja el diagnóstico a nivel global de la esfera cognitiva y emocional, pueden llevar a conclusiones importantes como es la referente a la necesidad de elaborar un programa cuya aplicación generalice a todo individuo que presente déficits en cualquiera de las áreas mencionadas. En lo que respecta al área cognitiva ya existe un programa que cubra las características anteriores, y que se desarrolló como punto clave de intervención en los 3 casos ya nombrados anteriormente (ver en el programa, el área de otras funciones cognitivas y esquema corporal). Además, este programa también retoma otros requerimientos detectados a cubrir, en el Diagnóstico institucional como son los relativos a lograr una apropiada lateralidad, uso adecuado de artículos, entre otros.

En lo que se relaciona a la esfera emocional, debido a la problemática detectada, se tornó indispensable el crear un programa que se caracterizara por ser flexible a las distintas necesidades emocionales de cada sordo, y que a su vez fuera un medio de expresión y comunicación para el mismo, para lo cual se creó un programa que se fundamentara en el arte como un medio terapéutico, ya que cubre todos los requerimientos anteriores. Se menciona que este programa, se debe considerar como una propuesta generalizable a cualquier población que presenta dificultades en el área emocional.

A continuación se desarrolla a groso modo los puntos claves del mismo.

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ENFOCADO AL ARTE (Etapa 6).

PROGRAMA DE TERAPIA ARTÍSTICA.

Justificación.

El hombre desde épocas más tempranas, se ha valido de las artes; donde éstas desempeñan la función de un sistema de defensas para evitar que sus emociones y motivaciones sublimadas se presentasen de manera perturbadora en su conciencia (Dalley, 1987). En consecuencia todo arte es terapéutico en el más amplio sentido de la palabra. Se indica de ésto último, en cuanto al sentido contemporáneo de la palabra "terapia", se sobreentiende, la de "psico" sin la cual no puede encararse ninguna modificación perdurable del comportamiento (Dalley, 1987, Pain, 1995).

De esta forma se procede a señalar las funciones y beneficios de la terapia, como arte se tienen las siguientes:

- La función comúnmente aceptada de la terapia artística consiste en actuar como medio de comunicación y de autoexpresión. Evidentemente, esta modalidad de terapia, por ejemplo brinda un medio de comunicación no verbal y por tanto alternativo para aquellos sujetos cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. Aumenta la oportunidad de autoexpresión al conceder un medio de comunicación donde antes no lo había o era inadecuado (Dalley, 1987, Lowenfeld y Brittain, 1984, Pain y Jerrau, 1995) Así el individuo por medio del arte es capaz de expresar ideas emociones y reacciones ante determinadas situaciones y experiencias (Dalley, 1987, Pain y Jerrau, 1995).

- El arte ayuda al individuo a regular sus emociones y reacciones, ya que a medida que la persona se expresa mediante actividades artísticas, los sujetos adquieren destreza en la manipulación de sus elementos y logran controlar sus impulsos y su temperamento. Debe aprender a concentrarse en la tarea, y a ser paciente consigo mismo y con los demás. Tilley (1988), por ésto menciona que con cualquier actividad artística, el sujeto llega a crear un estado mental concreto y

permanente, de tal manera que sus emociones se hacen menos intensas y más controladas.

- El arte produce un placer derivado esencialmente de fuentes inconscientes.

- A través de actividades artísticas los individuos aprenden a conocerse mejor, crean un estilo artístico personal, familiarizándose con las cosas que les agradan y desagradan; y por tanto aumenta su individualidad, aprenden a comprenderse y aceptarse a sí mismos.

- El desarrollo de los poderes de comunicación y de expresión del pensamiento conlleva a un sentimiento de autoidentificación.

- El arte puede producir un gran sentimiento de realización especialmente en sujetos que todavía no han experimentado el éxito en muchas otras áreas (Dalley, 1987, Pain, 1995).

Objetivos del Programa.

Con lo expuesto anteriormente, éste programa pretende cubrir los siguientes objetivos:

- Ser un canal de comunicación en el sordo a través de la expresión de sentimientos, pensamientos, emociones, etc., por medio de actividades artísticas.

- Disminuir posibles perturbaciones, a través de lograr regular sus emociones y reacciones.

- Mejorar la autoestima, apoyándose en 2 rubros:

- a) Fomentar la autoaceptación como consecuente de un estilo propio artístico.

- b) Exhibición pública de su labor.

Materiales. Se utilizará la pintura y el dibujo libre como técnicas de mediación artística para esta población, ya que los materiales con los que se trabaja en estas dos técnicas, son fácilmente manejables en su mayoría. Así los materiales empleados

serán pinturas vinci, crayolas, colores de madera, tinta china de diversas tonalidades, papel minagris, cartulina, etc.

El programa de terapia a través del arte.

Como ya se mencionó en la sección que hace referencia a las características de la población, éste programa está dirigido únicamente a sujetos que presenten alteraciones emocionales, ya detectadas (ver página 127). Así, esta población será clasificada y organizada en grupos, quedando éstos constituidos teniendo en cuenta tanto los deseos y necesidades de cada sujeto (los cuales quedarán asentados, estableciendo una comunicación con cada individuo, empleada para obtener esta información), pero también se retomarán similitudes en lo que concierne a capacidades expresivas, desempeño cognitivo, intereses y principalmente en su diagnóstico del área emocional, ésto con el fin de llegar a un buen equilibrio entre participantes.

La unidad mínima de duración que se propone para este proyecto de programa "terapéutico", es alrededor de un año, el cual debe preferentemente coincidir con el año escolar, ésto con el objetivo de que no haya desherción y/o inserción de sujetos al grupo ya determinado, y que perturben a éste último; dificultando alcanzar los objetivos que plantea el programa. Cabe agregar a lo anterior, que éste programa prevé un mínimo de aproximadamente una hora de sesión semanal por grupo, con un máximo de tres horas, para aquellos grupos o sujetos que lo requieran.

En lo que se refiere al espacio en donde se impartirá el programa, es meritorio elegir aquel que no impida la realización de las actividades por grupos, además de tener suficiente luz, de tal manera que ésta conserve su carácter natural; para facilitar las tareas a desarrollar, y finalmente debe haber una conservación o constancia en el decorado, del espacio a utilizar, de tal forma que esto garantice la identificación y pertenencia al grupo.

En lo que respecta a las actividades, éstas tendrán su fundamento en las técnicas de pintura y dibujo. En cada sesión se propondrán dos o tres tareas a realizar individualmente, con posibilidad de elegir el que se desee.

Hay que considerar que las tareas propuestas, serán idóneas y se adecuarán a las características del grupo, pero a su vez se acoplarán a las características individuales, por ejemplo; en el sentido de que cada consigna de intentar terminar el trabajo comenzado, es por supuesto, adaptada a cada sujeto y propuesta con el fin de analizar las condiciones de su puesta en marcha de esta tarea (es decir cómo la desarrolla y se comporta en esta actividad).

Pasando a otro rubro, Pain y Jerrau (1995), mencionan que es de vital importancia enfatizar que lo terapéutico del programa, radica en el hecho de que al integrarse al mismo (programa); implica que el individuo deberá aprender a aceptar límites impuestos por el lugar, el tiempo, el grupo, el uso de materiales, y a su vez debe trabajar sus inhibiciones, resistencias y sus propias limitaciones para llegar a aceptarlos; y manejarlos más eficazmente.

En lo que se refiere al trabajo realizado, este será mostrado con regularidad, es decir su exhibición será puesta al día para que refleje verdaderamente en el grupo, la producción artística de cada chico. Esto además tiene una finalidad terapéutica, ya que "la exposición de estos trabajos" es el medio más eficaz para despertar un espíritu de aceptación e identificación mutuas, estimulando otra modalidad de comunicación interpretada como una nueva situación, la cual rompe el aislamiento y fomenta una nueva clase de comprensión entre los integrantes del grupo. Aunado a esto la autoestima puede ser acrecentada por la exhibición pública de su labor (lo cual ya se mencionó como objetivo propuesto a alcanzar).

Finalmente cabe concluir, que otro beneficio que conlleva este proyecto "terapéutico" es en el sentido de que cualquier actividad artística crea una atmósfera de

trabajo, el cual resultará reconfortante e inspirador para ellos, es decir la creación artística, es siempre una experiencia privada y un hecho público.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN 15 SORDOS (Etapa 7).

Finalmente antes de cerrar este capítulo, se aclara que la evaluación así como el diagnóstico individual que cubrió al total de la población del I.R.O., como se observó fue imprescindible para visualizar de manera concreta, aquellos casos que presentaban alguna problemática. Desgraciadamente por el factor tiempo; se dio preferencia en cuanto a intervención, sólo a 15 sujetos, puesto que sus déficits en las áreas cognitiva y/o emocional eran más pertinentes, debido a su alta complejidad. Se añade a lo anterior, que para brindar una óptima intervención, el diagnóstico psicológico de cada caso se complementó con datos proporcionados por el área de Pedagogía. Se indica también, que se darán a conocer estos 15 casos, con su respectivo diagnóstico, plan de intervención a nivel individual, así como sus correspondientes resultados pero sólo en el apartado siguiente; porque considero que sería reiterativo abordarlos también en éste capítulo. De esta forma al desarrollarlos en resultados, lo que se logra es un entendimiento más completo y preciso de los casos ya citados.

RESULTADOS.

Una vez que se desarrollaron y explicaron las actividades que sirvieron como mecanismos de solución ante las necesidades que plantea el I.R.O., a continuación se describen brevemente y de forma muy general los resultados obtenidos por las acciones ya mencionadas.

A) Primeramente se partirá de lo alcanzado en los tres casos a nivel individual, a través de la aplicación del programa ya expuesto y que incidió en diversas esferas del individuo, ésto último dependiendo de la problemática de cada sujeto. Cabe señalar que se abordan los resultados, dividiendo a éstos en cualitativos y cuantitativos. Esta clasificación era básica ya que había áreas como fue la de Lectura, Escritura (Lenguaje) y Matemáticas donde se requería un análisis cuantitativo

Resultados cualitativos.

Es importante especificar que la elaboración de la información de este apartado, se basó en los datos de una evaluación que se llevó a cabo por medio de la descripción de la observación directa, obtenida tanto por el área de Psicología, a lo largo de todo el proceso de Intervención, así como por comentarios de lo observado por los profesores normalistas y de Talleres.

CASO 1.

Con 6 meses de duración del programa, ordenadas 3 sesiones de una hora a la semana, M; de 14 años (a) 9 meses (m), mejoró su actitud mostrando cada vez un mayor interés, disposición, e iniciativa, en las actividades que desarrolló como parte del programa de intervención. Por ejemplo en el área de Percepción Espacial, pudo discriminar sin dificultad en su cuerpo diversas posiciones en el espacio como son,

izquierda, derecha, arriba, abajo, atrás y adelante. Sin embargo en ocasiones se le

dificultaba y se confundía (aunque disminuyó esto considerablemente), el diferenciar izquierda-derecha al tomar como referencia otros objetos, pero es importante decir que se daba cuenta del error y lo corregía

En relación al Área Académico Cognitiva y más específicamente al análisis cualitativo de la Subárea de Lecto-escritura (o Lenguaje), comprendió más reglas ortográficas, pudo seleccionar y escribir sin complicaciones el artículo que le correspondía a determinado sustantivo.

En lo que se relaciona a la Subárea de "Otras Funciones Cognitivas", los puntos más relevantes a considerar, es que mostró facilidad al identificar absurdos visuales (elementos que no siguen la lógica de un evento o hecho), ordenó secuencialmente (a nivel temporal) las partes que conformaban una historia, así como pudo recordar determinadas secuencias espaciales. Se especifica que todo lo obtenido en ésta Subárea no es más que un reflejo de una adecuada estimulación de diversas funciones cognitivas que conforman a ésta área como son la memoria, atención y razonamiento entre otros.

Finalmente es significativo el distinguir que conjuntando los resultados obtenidos en el área Social y Afectiva, se observa que Marina adquirió algunas conductas de convivencia que se tradujeron en una mayor socialización principalmente con sus compañeros, y que en el área Afectiva, su agresividad e impulsividad fueron disminuyendo, sin embargo aún se debe continuar incidiendo en éstos dos puntos.

CASO 2.

Con 3 sesiones de una hora a la semana, en 4 meses que comprendió el período de su intervención; J de 12a 6m se caracterizó por presentar una perseverancia irregular, poniendo en ocasiones mayor empeño y otras veces era inconstante. Sin

embargo en su desenvolvimiento se mostró empático y dispuesto a realizar cualquier actividad, logrando avances importantes, que a continuación se explica.

En lo que concierne al análisis cualitativo de la Subárea de Lectoescritura, llegó a seleccionar el artículo adecuado tanto en género como en número que le correspondía a determinado sustantivo; reconociendo que ésta tarea se pudo generalizar tanto a oraciones simples como a complejas, así como reglas ortográficas, las cuales asimiló; para posteriormente aplicarlas tanto al leer así como al escribir. No obstante su escritura continuó siendo poco legible.

Aunado a ésto, los logros más sobresalientes a rescatar en lo referente a la Subárea titulada "Otras Funciones Cognitivas", es que J. fue capaz de ordenar historias tomando como parámetro la secuencia temporal de la misma, pudo descubrir elementos absurdos (ilógicos) presentados visualmente, completó figuras dibujando lo que faltaba, entre otras actividades; las cuales se deben tomar como productos logrados gracias a una adecuada estimulación de diversas funciones cognitivas que conforman a esta subárea como son la atención, juicio y razonamiento.

En el área de Esquema Corporal, llegó a identificar diferentes partes del cuerpo.

Finalmente se mencionan los resultados obtenidos tanto en el Área Social, como en la Afectiva; enfatizando los puntos más significativos. Así se tiene que J superó su retraimiento y canalizó de forma productiva otras conductas como son la impulsividad, a través de las actividades artísticas que desarrolló, como fueron la Pintura y el Dibujo. Además aprendió formas de convivencia y acciones de ayuda mutua, que se tradujeron en una mayor espontaneidad e interacción social.

CASO 3.

Cuatro sesiones de una hora a la semana, a lo largo de 4 meses que duró la intervención; P de 26a se caracterizó por mostrar disposición para trabajar, pero

cabe señalar que era muy dependiente para desarrollar sus tareas, requiriendo de la continua aprobación (por parte del área de Psicología) para realizar las mismas.

Otro dato en el que hay que puntualizar, es que dentro del área de Percepción Espacial, por medio de diversas actividades vinculadas con ésta área, ella fue capaz de diferenciar tanto en su cuerpo, como en "otros objetos", diversas posiciones a nivel espacial, como son arriba, abajo, adelante, atrás, izquierda y derecha.

Dentro de la Subárea de Lecto-Escritura (la cual es una parte que integra el área Académico- Cognitiva), logró discriminar cada una de las letras del abecedario que se utiliza en el lenguaje oral, de tal manera que pudo leerlas y escribirlas, cuando se le indicaba, además adquirió y aplicó la técnica de anticipación de letras en el proceso de lectura.

Pasando a otro rubro; los resultados alcanzados en la Subárea de "Otras Funciones Cognitivas", resalta el hecho de que fue capaz de reconocer absurdos visuales, pudo ordenar historias secuencialmente tomando como patrón de orden el concepto tiempo, y logró completar figuras, dibujando lo que le faltaba. Retomando entonces las tareas logradas en esta última Subárea; se puede asegurar que éstos logros son el consecuente de una adecuada estimulación de diferentes funciones cognitivas como son, la atención, juicio y razonamiento

También se menciona de manera conjunta los avances alcanzados en el área Social y Afectiva. Es importante indicar que P presentaba problemas considerables en éstas dos áreas que se traducían, en un retraimiento, aislamiento e impulsividad. Durante el proceso de intervención, Paula tuvo una actitud de mayor sociabilidad, aplicando conductas (ver Área Social, página 124) que coadyuvaron a nuevas formas de convivencia con sus compañeros, mostró además mayor iniciativa, en las actividades que desarrolló.

Resultados cuantitativos.

Es importante mencionar algunos puntos a considerar antes de entrar de lleno al análisis de éstas áreas. Primeramente que el análisis de los datos será por sujeto a nivel de Subárea, Área y después de forma global, siendo que ésta información se explicará a través de tablas, considerando el número de respuestas correctas emitidas por el sujeto (Área de Lenguaje) y por porcentajes (Área de Matemáticas). En este último punto se aclara que en el área de Matemáticas se tomó el 5 como el 100% de desempeño, ya que en cada sesión y por tipo de operación aritmética se tenían que resolver 5 ejercicios. A continuación se desglozan estos resultados por caso.

CASO 1.

M en relación al área de Lectoescritura obtuvo en la Línea Base (A) una puntuación de 15 palabras, es decir, antes de iniciar la intervención se traducían su vocabulario sólo al anterior número. En contraste al final de la intervención, en la última sesión (B), su vocabulario incrementó notablemente, duplicándose a 30 palabras (Ver Tabla 9)

En el área de Matemáticas, y en particular en la operación aritmética de Suma, los avances más significativos de M. fueron en aquellas cuyo resultado no rebasaba la Docena y Centena; teniendo en la fase A una ejecución de 60% y en la Fase B, obtuvo un 100% de aciertos en este tipo de operaciones (Ver tabla 10)

En la solución de Restas, aumentó notablemente su desempeño principalmente cuando el resultado no fue mayor a docenas y centenas, por ejemplo en el primer caso, inició (A) con un 60% de aciertos y terminó (B) con un incremento del 100%, obteniendo una ganancia del 40%, con respecto a la primera fase, mientras que en las centenas, la Línea Base arrojó el 40% y en la fase B logró un incremento del 80% de ejecución, consiguiendo por tanto una ganancia (Ver Tabla 11) del 40%.

En las Multiplicaciones hubo avances notables. Tanto en las operaciones de una cifra como en la de 2 cifras inició en ambas con una línea Base del 40% de aciertos y al final de la Intervención (B), aumentó el 100% en su desempeño, cubriendo entonces una ganancia del 60%. Cuando las multiplicaciones eran de 3 cifras en la Evaluación-Diagnóstico (A) tuvo el 0% y al final de la intervención logró el 80% de aciertos (Ver Tabla 12).

Con estos datos en general se tiene que M. inició en la Subárea de Solución de Sumas, con una Línea Base (A) del 67% de ejecución, y al término de la intervención (B) cubrió el 100%; teniendo así una ganancia del 33% (Ver Tabla 10).

En lo referente a la Subárea de Solución de Restas, obtuvo en la Etapa de Evaluación-Diagnóstico (A) un total de 60% de aciertos, mientras que finalizó (B) con el 93%; alcanzando entonces una ganancia del 33% (Ver Tabla 11).

En la Subárea de Solución de Multiplicaciones su porcentaje de ejecución de M. inició (A) con el 27%, y concluyó (B) elevándose considerablemente al 93%; logrando por tanto una ganancia del 66% (Ver Tabla 12).

No obstante en la Subárea de Solución de Divisiones su ejecución fue baja, ya que en la Línea Base (A) arrojó el 0% y en la última sesión del programa (B) obtuvo el 40% en aciertos (Ver tabla 13).

Englobando así la información de todas éstas Subáreas, se tiene que M. en el Área de Matemáticas, logró un número mayor de respuestas correctas, ya que en la Etapa de Evaluación-Diagnóstico (A) obtuvo el 39% de aciertos y concluyó con un incremento del 82%, alcanzando por tanto una ganancia del 43% (Ver Tabla 14).

CASO 2.

J. dentro del área de Lenguaje (Lectoescritura) en la Evaluación- Diagnóstico (A) tuvo un puntaje de 16 palabras, mientras que en la última sesión de Intervención

(B), alcanzó un incremento importante en su vocabulario, teniendo una puntuación total de 36 palabras (Ver Tabla 9).

En lo que respecta al área de Matemáticas, cuando el resultado de las sumas era menor a la decena; no hubo cambios significativos en su puntuación, ya que obtuvo lo mismo en ambas fases (A y B); es decir el 100%, por lo cual no hubo un decremento en su ejecución. A diferencia de lo anterior, en operaciones de adición cuyo resultado no rebasaba la docena, si se presentó un aumento considerable: ya que la Línea Base (A) tuvo un puntaje de 60% y en la fase B finalizó con una ganancia del 40% ya que logró el 100% de aciertos en su ejecución (Ver Tabla 10).

En las restas, los avances más notables se observaron en las operaciones con resultados menores a la docena y centena. En las primeras, J. inició (A) con un total de 60% de aciertos y al final de la intervención (B) logró el 100% en éstas tareas, cubriendo por tanto una ganancia del 40%. Cuando el resultado era menor a la centena, en la Línea Base (A) tuvo el 40% de ejecución, y en la Fase B, alcanzó el 100% en los mismos, consiguiendo una ganancia del 60% (Ver Tabla 11).

En La Solución de Multiplicaciones es donde se presentaron los logros más significativos. Por ejemplo, en operaciones de 1 y 2 cifras, en ambas; obtuvo en la Evaluación-Diagnóstico (A) el 60% de aciertos, y al terminar la Intervención logró el 100%, teniendo así una ganancia del 40%.

Asimismo, en las de 3 cifras, en la Línea Base (A) cubrió el 40% de aciertos y en la segunda fase (B) logró el 100%, finalizando con una ganancia del 60% (Ver Tabla 12).

Sin embargo, en las divisiones el incremento en el desempeño fue menor en las mismas. Aunque en las operaciones de una cifra en la fase A consiguió el 20% de ejecución y en la fase B el 100% cubriendo una ganancia del 80%; en las de 2 cifras inició en la Línea Base (A) con 0% de aciertos y terminó la intervención (B) con el 60%.

También en las operaciones de 3 cifras, el incremento fue mínimo entre las 2

fases; ya que en la Evaluación- Diagnóstico (A) tuvo el 0% de aciertos y en la fase B finalizó con el 20% de éstos (Ver Tabla 13).

Con todo lo anterior y conjuntando los datos obtenidos, se observa entonces que J. En la Subárea de Solución de Sumas, obtuvo en la Etapa de Evaluación- Diagnóstico (A) 87% de Respuestas correctas, y en la Fase de Intervención (B) logró un incremento del 100%, por lo cual hubo una ganancia del 13%, con respecto a la Línea Base (Ver Tabla 10).

En la Subárea de Solución de Restas, J. inició (A) con el 67% de ejecución, mientras que al término del programa (B) este porcentaje se elevó al 100%, teniendo así una ganancia del 33% (Ver Tabla 11).

Dentro de la Subárea de Solución de Multiplicaciones; tuvo una puntuación en la Línea Base (A) del 40% de aciertos, y en la última sesión de intervención (B), aumentó significativamente al 100%, alcanzando una ganancia del 60% (Ver Tabla 12).

En lo que concierne a la Subárea de Solución de Divisiones, previo a la intervención (A) su ejecución fue del 7% y al término de ésta (B) cubrió el 60%, obteniendo una ganancia del 53% (Ver Tabla 13)

Finalmente en el Total absoluto del Área de Matemáticas empezó con una Línea Base (A) de 50% de respuestas correctas, mientras que al final del programa (B) este porcentaje se elevó considerablemente al 90% es decir se presentó una ganancia del 40% (Ver Tabla 14).

CASO 3.

A comparación de los otros 2 casos, en P hubo avances medianamente significativos. En el área de Lenguaje, P. Inició con una Línea Base (A) de 7 palabras y en la última sesión de intervención (B) tuvo un aumento importante en la adquisición de vocabulario, obteniendo un total de 15 palabras (Ver tabla 9).

Dentro del área de Matemáticas, en lo que se relaciona a las operaciones de suma, cuyo resultado fue menor a la decena, en la Línea Base (A) tuvo un puntaje de 40% de aciertos, y en la fase B alcanzó una puntuación de 100% en respuestas correctas, cubriendo una ganancia del 60%.

En las Restas, cuando el resultado no rebasó a la docena; en la Línea Base (A) empezó con el 0% de ejecución, y concluyó con un aumento notable del 80%. Sin embargo, en las Restas con resultado menor a la centena, en la Evaluación y Diagnóstico (A) presentó el 0% de respuestas correctas, y en la última sesión de la intervención sólo obtuvo un incremento del 20% de aciertos (Ver Tabla 11).

Recabando cada uno de los datos previos, se procede a considerar los avances obtenidos en cada una de las Subáreas.

Así se señala que en la Subárea de Solución de Sumas, comenzó en la Línea Base con el 13% en el total de su ejecución; y durante la última sesión de intervención aumentó este porcentaje a 67%, con lo cual tuvo una ganancia del 54% (Ver Tabla 10).

Dentro de la Subárea de Solución de Restas, inició con una ejecución del 7%, y al término de la Intervención (B) se elevó considerablemente su puntaje al 67%, teniendo una ganancia del 60% (Ver Tabla 11).

Reuniendo toda la información de éstas Subáreas, se enfatiza que P. En el Área de Matemáticas consiguió en la Etapa de Evaluación- Diagnóstico (A) un puntaje del 10% de aciertos, mientras que al final del programa (B) se elevó al 67%, obteniendo por tanto una ganancia significativa del 57%, en comparación con la primera medición (Ver Tabla 14).

Por último para tener una visión aún más completa de los logros conseguidos, posterior al tratamiento, se conjuntaron los puntajes del Área de Matemáticas de los 3 sujetos para determinar cual fue el incremento general en ésta; de lo cual se obtuvo que en la Etapa de Evaluación y Diagnóstico (A) se cubrió un puntaje del 33% de

respuestas correctas y al término del Programa en su última sesión (B) aumentó considerablemente a 79%, teniendo una ganancia del 46% (Ver Tabla 15).

Conjuntando los resultados cualitativos, con los cuantitativos se observan efectivamente logros importantes en cada sujeto. De lo anterior se puede concluir que el procedimiento sí cubrió la resolución de la problemática citada, es decir en este trabajo, a través de la Etapa de Evaluación–Diagnóstico, se obtuvieron datos objetivos de las habilidades y deficiencias del sordo lo que permitió elaborar un programa de intervención de acuerdo a sus necesidades y que al llevar a cabo el programa de entrenamiento y cuantificar la última sesión del mismo, se notaron ganancias; siendo que algunas se elevaron de 0 a un 80% su porcentaje de ejecución.

Sin embargo hay que considerar algunas limitaciones de ésta Investigación en cuanto a validez. Debido al tipo de Diseño Experimental aplicado faltaron grupos de comparación y una medición posterior al tratamiento, así como la breve duración del tratamiento en los 3 casos, hacen por tanto que ésta investigación pueda ser contemplada como exploratoria de los resultados obtenidos que puede ser retomada para desarrollar investigaciones posteriores que la superen.

TABLA 9. ÁREA LENGUAJE: ADQUISICIÓN DE VOCABULARIO EN LOS 3 CASOS.

SUJETO	A	B
M	15	30
J	16	36
P	7	15

TABLA 10. SUBÁREA DE MATEMÁTICAS: SOLUCIÓN DE SUMAS.

SUJETO	EL RESULTADO ES MENOR A UNA:									
	DECENA		DOCENA		CENTENA		TOTAL		GANANCIA	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %	A %	B %	%	
M	100	100	60	100	60	100	67	100	33	
J	100	100	80	100	80	100	87	100	13	
P	40	100	0	80	0	20	13	67	54	

TABLA 11. SUBÁREA DE MATEMÁTICAS: SOLUCIÓN DE RESTAS.

SUJETO	EL RESULTADO ES MENOR A UNA:									
	DECENA		DOCENA		CENTENA		TOTAL		GANANCIA	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %	A %	B %	%	
M	80	100	60	100	40	80	60	93	33	
J	100	100	60	100	40	100	67	100	33	
P	20	100	0	80	0	20	7	67	60	

TABLA 12. SUBÁREA DE MATEMÁTICAS: SOLUCIÓN DE MULTIPLICACIONES.

SUJETO	EL RESULTADO ES IGUAL A									
	1 CIFRA		2 CIFRAS		3 CIFRAS		TOTAL		GANANCIA	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %	A %	B %	%	
M	40	100	40	100	0	80	27	93	66	
J	60	100	20	100	40	100	40	100	60	

TABLA 13. SUBÁREA DE MATEMÁTICAS: SOLUCIÓN DE DIVISIONES.

SUJETO	EL RESULTADO ES IGUAL A									
	1 CIFRA		2 CIFRAS		3 CIFRAS		TOTAL		GANANCIA	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %	A %	B %	%	
M	0	60	0	40	0	20	0	40	40	
J	20	100	0	60	0	20	7	40	53	

- Se obtuvieron calificaciones altas en el Area de Matemáticas, debido a la escala de evaluación, sin embargo se considera que éstos resultados no tienen la suficiente validez por el número de sesiones.

TABLA 14. PORCENTAJE TOTAL DEL ÁREA DE MATEMÁTICAS POR SUJETO.

SUJETO	A %	B %	GANANCIA
M	38	81	43
J	50	90	40
P	10	67	57

TABLA 15. PORCENTAJE GLOBAL DEL ÁREA DE MATEMÁTICAS.

A %	B %	GANANCIA
33	79	46

B) El I.R.O., antes de la inserción en Febrero del 97, del equipo multidisciplinario, no contaba con expedientes actualizados de los alumnos. En este sentido, el equipo multidisciplinario inicia la tarea de elaborar un diagnóstico individual, donde cada área proporciona la información a la cual está especializada profesionalmente y que le compete, de tal manera que este diagnóstico quedó dividido en tres apartados: Área de Trabajo Social, Pedagogía y Psicología. Avocándose a lo realizado en ésta última área, se informa que Psicología finaliza su Servicio Social, cubriendo la actualización de 101 expedientes, donde se evaluó a nivel individual, el área afectiva y cognitiva. De lo anterior se observa la gran trascendencia e impacto de esta actividad sobre la población estudiantil que asiste a este instituto, ya que es significativo señalar que 101 sujetos (es decir, el total de la población del I.R.O.) con deficiencia auditiva fueron beneficiados, en el sentido de que se cuenta con información fidedigna en lo que se refiere a posible presencia de indicadores emocionales que afecten considerablemente el desenvolvimiento en las demás esferas que lo conforman y en especial en su interacción social, así como también se toma en cuenta la detección de

problemas en el Área Cognitiva, en lo tocante a dificultades en tareas a nivel de asociación, análisis, relaciones espaciales, proporcionalidad, abstracción, coordinación visomotora y esquema corporal (evaluados a través del Test de la Figura Humana, ver página 126), y se suman a ésto, otras funciones cognitivas como son razonamiento por analogía, y observación para comparar formas (evaluadas con el Test de Raven, ver página 126).

Completando lo antes expuesto, y retomando el hecho de que la actividad referente a la actualización de expedientes está apoyada en fuentes de información fidedignas (como ya se mencionó en este apartado), se puede afirmar entonces; que se tiene un conocimiento lo más acertado de la situación en la que se encuentra cada individuo; de tal manera que con ello se puede partir a la tarea de análisis de las necesidades que se requieren cubrir para cada caso, y algo de vital importancia, es que para la realización de esta tarea, tiene acceso cualquier persona que desee trabajar casos menos complejos. Para una mayor comprensión, a continuación se sintetiza en el siguiente cuadro, lo logrado a través de la Intervención Individual en los 15 casos atendidos, haciendo mención del Diagnóstico (el cual para su elaboración también retornó los datos evaluados por Pedagogía, referentes al área Académico-Cognitiva, es decir Lecto-Escritura, Matemáticas, etc.); las áreas que se relacionan con los problemas encontrados y en los que se intervino, así como los resultados más significativos que se alcanzaron con la intervención.

TABLA 7.1 RESULTADOS CUALITATIVOS LOGRADOS EN LOS 15 CASOS.

CASO	E.C	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN.	RESULTADOS.
A	29 ^a 9m	<u>Área Afectiva:</u> Sentimientos de inadecuación. <u>Área Cognitiva:</u> Problemas con el esquema corporal, razonamiento por analogía y en Matemáticas.	Área de Percepción Espacial y Esquema Corporal. Subárea de "Otras Funciones Cognitivas" y Área Afectiva	Logró identificar diversas posiciones en el espacio, reconoció diferentes partes del cuerpo, desarrolló la capacidad de concebir figuras correlativas. Disminuyeron sus sentimientos de inadecuación
B	10a 7m	<u>Área Cognitiva:</u> Problemas con el esquema corporal, proporcionalidad, razonamiento y en Escritura. <u>Área Afectiva:</u> Inestabilidad.	Área Afectiva Área del Esquema Corporal, Percepción Espacial y Subárea de "Otras Funciones Cognitivas".	Continuó su inestabilidad. Mejoró su esquema corporal, percepción espacial y su escritura, siendo ésta última más legible. Identificó absurdos visuales.
C	17a 11m	<u>Área Afectiva:</u> Inseguridad, retraimiento. <u>Área Cognitiva:</u> Problemas en las relaciones espaciales, asociación, razonamiento por analogía y escritura.	Subárea de matemáticas, y "Otras Funciones Cognitivas". Área de Percepción Espacial y Afectiva.	Logró ser más participativo. Fue capaz de diferenciar posiciones en el espacio, mejoró su esquema identificando las partes del cuerpo, desarrolló la capacidad de concebir figuras correlativas.
D	30a 7m	<u>Área Cognitiva:</u> Dificultades en tareas de análisis, relaciones espaciales, asociación, razonamiento y en el área de matemáticas. <u>Área Afectiva:</u> Inestabilidad, control interno rígido.	Área de Percepción Espacial. Subárea de "Otras Funciones Cognitivas". Área Afectiva.	Identificó correctamente diferentes posiciones en el espacio, es capaz de encontrar absurdos visuales, ordena a través de la lógica, historias. Utilizó correctamente los artículos. Logró ser más espontánea y flexible.

* Para mantener la ética profesional, así como la confidencialidad de éstos datos; se modificaron los nombres de la población en todas estas tablas.

TABLA 7.2 RESULTADOS CUALITATIVOS LOGRADOS EN LOS 15 CASOS.

CASO	E.C.	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
E	31a 3m	<p><u>Área Afectiva:</u> Ansiedad, concepto pobre de sí mismo.</p> <p><u>Área Cognitiva:</u> Déficits en tareas de esquema corporal, relaciones espaciales, análisis y razonamiento por analogía. Problemas en multiplicaciones.</p>	<p>Área de Percepción Espacial.</p> <p>Subárea de Matemáticas y "Otras Funciones Cognitivas" y Área de Esquema Corporal.</p>	<p>Fue capaz de comprender conceptos espaciales como son; izquierda, derecha, arriba etc., así como de identificar las partes del cuerpo humano, y logra concebir figuras correlativas. Aún se equivoca en multiplicaciones. Se mostró más confiada y disminuyó su ansiedad.</p>
F	27a 11m	<p><u>Área Cognitiva:</u> Deficiencias en tareas de asociación, relaciones espaciales, esquema corporal y razonamiento.</p>	<p>Área de Percepción Espacial.</p> <p>Área de Esquema Corporal y Subárea de "Otras Funciones Cognitivas".</p>	<p>En el área de Percepción Espacial puede identificar correctamente, izquierda, derecha, atrás, etc. Es capaz de nombrar todas las partes del cuerpo humano. Ordena través de la lógica, historias; descubre absurdos visuales.</p>
G	22a 3m	<p><u>Área Cognitiva:</u> Dificultades en las relaciones espaciales, razonamiento por analogía, problemas en las divisiones.</p> <p><u>Área Afectiva :</u> Inestabilidad e inseguridad.</p>	<p>Área Afectiva.</p> <p>Área de Percepción Espacial y Subárea de "Otras Funciones Cognitivas " y de "Matemáticas".</p>	<p>Logró ser más participativo. Identifica correctamente, arriba, abajo, izquierda, derecha etc. Tiene la capacidad de comprender figuras correlativas, identifica absurdos visuales. Resuelve divisiones hasta de 3 cifras.</p>

CAS O	E.C.	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN.	RESULTADOS.
H	21a 2m	<p><u>Área Afectiva</u> : Impulsividad.</p> <p><u>Área Cognitiva</u>: Problemas en tareas de Razonamiento por analogía, esquema corporal, ortografía.</p>	<p>Subárea de "Otras Funciones Cognitivas", y de "Lecto-Escritura, Área de Esquema Corporal, Área Socio-Afectiva</p>	<p>En el área Socio-Afectiva, adquirió formas de convivencia, y a su vez se disminuyó su impulsividad. Puede nombrar diversas partes del cuerpo humano. Aplicó algunas reglas gramaticales a su escritura, logró comprender figuras correlativas.</p>
I	17a 5m	<p><u>Área Afectiva</u> : Controles internos deficientes</p> <p><u>Área Cognitiva</u>: Deficiencias en tareas de análisis, relaciones espaciales, esquema corporal, razonamiento por analogía.</p>	<p>- Área de Percepción Espacial, Esquema Corporal, Afectiva y Subárea de "Otras Funciones Cognitivas".</p>	<p>Logró identificar tanto diversas posiciones en el espacio (derecha, izquierda, arriba etc.), así como las partes que conforman el cuerpo humano. Puede concebir figuras correlativas, ordena a través de la lógica historias. En el área Afectiva se mostró más desenvuelto y relajado, disminuyó también considerablemente su impulsividad.</p>
J	32a 7m	<p><u>Área Cognitiva</u>: Problemas en tareas de análisis, esquema corporal, razonamiento por analogía. Dificultades en las multiplicaciones y divisiones.</p>	<p>Área de Esquema Corporal, Subárea De "Otras Funciones Cognitivas" y de "Matemáticas.</p>	<p>Es capaz de reconocer diversas partes del cuerpo. Identifica absurdos visuales, ordena historias secuencialmente a través de la lógica, entre otros. Puede resolver multiplicaciones y divisiones, con más de dos cifras.</p>
K	18a 11m	<p><u>Área Afectiva</u> : Ansiedad y un concepto pobre de sí mismo.</p> <p><u>Área Cognitiva</u>: Dificultades en las relaciones espaciales, razonamiento por analogía, problemas en gramática.</p>	<p>Área Afectiva, Área de Percepción.Espacial, Subárea de "Otras Funciones Cognitivas" y en "Lecto-Escritura".</p>	<p>Se mostró más relajado, con mayor iniciativa en las tareas realizadas. Es capaz de reconocer diferentes posiciones en el espacio (derecha, izquierda, etc.). Logra concebir figuras correlativas, identifica absurdos visuales, utiliza el artículo adecuado para un sustantivo determinado.</p>

TABLA 7.4 . RESULTADOS CUALITATIVOS LOGRADOS EN LOS 15 CASOS.

CAS O	E.C.	DIAGNÓSTICO.	INTERVENCIÓN.	RESULTADOS.
L	30a 4m	<u>Área Afectiva</u> . Retraimiento <u>Área Cognitiva</u> : Deficiencias en tareas de análisis, razonamiento por analogía. Problemas de ortografía	Área Afectiva, Subárea de "Otras Funciones Cognitivas" y Área de Lecto-Escritura.	Es capaz de concebir figuras correlativas, ordena historias secuencialmente a través de la lógica. Adquirió reglas gramaticales que aplicó a su escritura. Se mostró más participativa, pudo relacionarse mejor con sus compañeros.
M	20a 3m	<u>Área Afectiva</u> : Impulsividad. <u>Área Cognitiva</u> : Dificultades en tareas de análisis, esquema corporal, razonamiento por analogía y lee poco.	Área Afectiva, Esquema Corporal, Subárea de "Otras Funciones Cognitivas", y Subárea de "Lecto-Escritura".	Logró identificar las partes de un cuerpo humano, encuentra absurdos a nivel visual, completa figuras dibujando lo que falta, aprendió además algunas técnicas para mejorar su lectura. Su impulsividad disminuyó muy poco.
N	20a 4m	<u>Área Afectiva</u> : Impulsividad. <u>Área Cognitiva</u> : Dificultades en las relaciones espaciales, tareas de razonamiento por analogía	Área de Percepción Espacial, Subárea de "Otras Funciones Cognitivas".	En el área afectiva pudo controlar su impulsividad. En percepción espacial pudo identificar correctamente, izquierda, derecha, detrás, etc.. Ordena a través de la lógica historias y es capaz de comprender figuras correlativas.
M	29a 11m	<u>Área Cognitiva</u> : Problemas en tareas de razonamiento por analogía, esquema corporal, y en operaciones aritméticas (divisiones).	Área de Esquema Corporal, Subárea De "Otras Funciones Cognitivas" y Subárea de "Matemáticas".	Es capaz de reconocer diferentes partes del cuerpo, desarrolló la capacidad de concebir figuras correlativas, identifica absurdos visuales, y es capaz de resolver divisiones de hasta de 4 cifras aproximadamente.

CONCLUSIONES.

Es necesario considerar la importancia de la evaluación, diagnóstico e intervención en materia de Educación Especial. En este trabajo, el diagnóstico fue concebido como uno de los elementos indispensables para lograr una adecuada evaluación ya que se puede conocer al sujeto con deficiencia auditiva, determinando sus habilidades y deficiencias para tomar decisiones respecto a la planificación de una intervención acorde a sus necesidades, siendo que ésta última le permita interactuar posteriormente con éxito en los diversos contextos de los que forma parte como son el familiar, educativo, cultural, entre otros.

De la premisa anterior y complementando con las vivencias adquiridas en el Servicio, se hace una invitación a reflexionar que no debemos subestimar el potencial de desarrollo de cualquier sujeto, sin antes agotar todos los recursos que permitan superar su estado actual.

Otro punto a considerar es el hecho de que en el I.R.O. (Instituto Rosendo Olleta) se hayan conjuntado las acciones de diagnóstico, evaluación e intervención, en sentido estricto, implica que éstas dos últimas fueron entendidas en sí como elementos que integran un mismo proceso: ya que ambas son mutuamente dependientes, puesto que una conlleva a la otra, retroalimentándose ambos. Lo previamente dicho es relevante, ya que desde esta perspectiva el campo de acción del psicólogo se amplía y enriquece en el sentido de romper con el esquema tradicional del mismo y que actualmente impera, es decir el de llegar únicamente a determinar un diagnóstico que en ocasiones limita las oportunidades del individuo, ya que no se aportan soluciones definidas y concretas a lo diagnosticado. Por lo tanto la labor desempeñada en este Instituto rescata la participación del psicólogo como agente de cambio en la visión y resolución de fenómenos del área de Educación Especial, en particular la deficiencia sensorial que atunde a la audición. Sin embargo, lo anterior no niega lo factible que sería el complementar la investigación y la prevención como herramientas fundamentales

para lograr un mayor impacto social del quehacer de la Psicología, y que desgraciadamente éstos no se desarrollaron en el Instituto referido, pues no entraban dentro de los intereses expresados por el I.R.O. y se suma a ésto la variable de tiempo, como limitante; puesto que el período de prestación de Servicio, no podría abarcar totalmente a estos dos puntos.

Retornando al tema de la relevancia de la Prevención y la Investigación, se tiene que la primera se debería aplicar con el propósito de disminuir el crecimiento poblacional de personas con requerimientos especiales y la investigación estaría enfocada a contribuir en alternativas que mejoren la calidad de acción de las áreas de abordaje de la Educación Especial y ya explicadas, es decir; la Evaluación, Diagnóstico, Intervención así como prevención, llegando también a incorporar nuevos elementos teóricos y prácticos al abordar la problemática de la deficiencia auditiva, contribuyendo a su mejor solución.

En lo que se refiere al I.R.O., es innegable que la labor que realiza éste, es una adecuada opción a nivel de educación integral del sordo ya que en gran medida posibilita un acercamiento del mismo con su medio social. Sin embargo no se niega que este espacio educativo también presenta deficiencias, que no son más que el reflejo del estado actual que caracteriza en México a la Educación Especial; la cual a pesar de tener avances, aún éstos no cubren efectivamente la demanda de necesidades por parte de esta población, y esto muy probablemente esté ligado a creencias muy arraigadas que se oponen a reconocer que éstos individuos tienen el derecho a las mismas oportunidades que nosotros los oyentes, y a su vez lo anterior nos va desligando del compromiso que se torna imperativo y que como ciudadanos debemos cumplir, es decir el de promover en todas las áreas de vida, la participación plena de las personas con requerimientos especiales.

Por lo tanto, tomando en cuenta que hay elementos a superar en la temática de la Deficiencia auditiva y en específico en el I.R.O., a continuación se mencionarán

puntos a retomar para que mejore éste instituto en todos los ámbitos, y además se añade a ésto la aportación de sugerencias para el Servicio Social dirigidos, tanto para el prestador del mismo, como para la carrera de la FES (Facultad de Estudios Superiores) Zaragoza, puesto que no hay que olvidar que este reporte ha desarrollado el trabajo que se efectuó en la Prestación de un Servicio, y por tanto se tiene la responsabilidad de encontrar nuevas posibilidades para acrecentar su calidad, adecuándolo cada vez más a la realidad social existente y alcanzando por tanto un beneficio social más relevante a nivel nacional.

Enseguida se presentan de forma extensa, éstas aportaciones.

PROPUESTAS DE TRABAJO PARA EL I.R.O.

- Es viable que mínimamente cada año se renueven los diagnósticos, además se sugiere continuar estableciendo las bases para un diagnóstico por cada individuo, pero a su vez ésta tarea debe de perfeccionarse en el sentido de que no sólo su contenido se aboque a información del área médica y social, sino que se complemente con datos neurológicos y psicológicos, de tal manera que se abarque una perspectiva completa del hombre considerando que el mismo, es un ente bio-psico-social.

- Apoyar durante todo el proceso de duración y de estancia en este instituto el trabajo realizado por los prestadores, a través de brindar servicios de asesoría, supervisión, financiamiento y capacitación. Puntualizando en la capacitación, ésta debe ser teórica y de preferencia también práctica, relacionándola así a la problemática en la que se incidirá.

- Sería factible el implementar el Servicio de audiometría, al cual tenga acceso la población estudiantil de este Instituto con un costo mínimo, ya que la información que arrojan éstos estudios, es de primordial importancia a considerar al detectar las necesidades y capacidades de cada individuo, para una adecuada intervención.

-Generación de una mayor coordinación unidisciplinaria y multidisciplinaria para el desarrollo y obtención de mejores resultados en el proceso de servicio social, siendo recomendable aplicar diversas técnicas que fomenten la integración retroalimentación del personal involucrado en la dinámica de esta población, como son mesas redondas y seminarios que deben de realizarse periódicamente.

- Creación de más talleres (computación, mecanografía, carpintería, etc.) dirigidos a los estudiantes, los cuales faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que se requieren para ingresar al mundo laboral.

- En lo que se refiere a la atención educativa, se recomienda el elaborar y aplicar un Programa que enriquezca más la satisfacción de necesidades y características de esta población, y así facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje.

-Fomentar en los padres una mayor sensibilización de la importancia de su participación en la educación de sus hijos, a través de la implementación de un reglamento más riguroso, el cual aplique sin excepción los siguientes requisitos a cubrir por parte de los padres de familia:

- a) Asistencia obligatoria a juntas periódicas
 - b) Aprobación del Curso de Lenguaje Manual Nivel 1 (su objetivo es el desarrollo de las habilidades de comprensión que posibiliten al individuo comunicarse por medio del lenguaje manual a un nivel básico en situaciones cotidianas, utilizando los tiempos presente, pasado, futuro y manejando funciones gramaticales elementales) siendo que éste deberá ser gratuito y desarrollado en el I.R O.
 - c) Creación de taller para padres (donde se abarcarán temas relacionados con la problemática de sus hijos, y cómo enfrentarlos), con asistencia obligatoria.
- Dar facilidades para que los usuarios tengan acceso directo a la consulta del acervo bibliográfico con que cuenta el Instituto.

SUGERENCIAS PARA EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL.

- Desde el ámbito laboral, seleccionar el área de mayor interés en el que se desea incursionar, a fin de que el estudiante se vaya especializando teóricamente y a nivel práctico, incluso recurriendo a fuentes extraescolares, y posteriormente con éstas bases es más factible el desarrollar un Servicio Social de gran calidad y trascendencia.

-Conocer a fondo la dinámica del Servicio Social, desde lo que son ciertos aspectos generalizables a cualquier tipo de atención, así como los puntos particulares que se concretizan en la Institución donde se trabajará, para lo cual se sugiere que se adquiera antes de desarrollar el mismo, el reglamento del Servicio Social tanto de la Institución en donde lo va a realizar, así como de la institución de su procedencia.

-Sensibilizar al estudiante del valor que tiene la ética profesional en cualquier ámbito en el que se desarrolle, para favorecer un desenvolvimiento en el Servicio Social que se rija por un verdadero compromiso con su propia formación profesional y por ende con la sociedad (Sociedad Mexicana de Psicología, 1994).

-Tener siempre iniciativa, innovación y creatividad para buscar alternativas en la solución de problemas que enfrenta el Prestador de Servicio Social y debe a su vez tomar una actitud reflexiva y autocrítica del trabajo que desempeña

SUGERENCIAS PARA EL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES (FES) ZARAGOZA .

- Lograr una mayor promoción de información referente a las áreas que existen para prestar el Servicio Social. Estos datos deben estar disponibles para los estudiantes en una gran variedad de medios, es decir, mediante sistemas de cómputo, publicaciones, audiovisuales, que especifiquen la duración, forma de trabajo y el tipo de apoyo que proporciona el Programa (sea éste a nivel de asesoría, capacitación y/o becas) que proporciona al efectuar la prestación de este servicio.

- En aquellas instituciones con las que se tiene el convenio del Servicio Social, es conveniente acordar la asignación de un asesor, el cual debe ser una persona especializada en la materia, y que se comprometerá a supervisar el trabajo del prestador en todo el proceso de Servicio Social.

REFLEXIONES DE LA EXPERIENCIA PERSONAL ADQUIRIDA EN EL SERVICIO SOCIAL.

La discusión hasta ahora generada ha sido valiosa para tomar en cuenta aspectos teóricos así como prácticos que precisan de una mayor atención para superar la calidad del Servicio Social en futuras actuaciones vinculadas al escenario de Problemas auditivos en Educación Especial.

No obstante considero que este trabajo sería inconcluso sino se examinara de forma más personal lo que significó el brindar un Servicio en el I.R.O.; puesto que lo anterior conlleva inevitablemente a críticas y sugerencias, que en particular se enfocarán al Plan de Estudios de la Universidad de procedencia, siendo por tanto una aportación invaluable que se plantea en éste apartado.

Así en torno a la vivencia que tuve al prestar un Servicio Social en el centro mencionado, es esencial rescatar las siguientes acciones, ya que fueron básicas para elaborar este reporte, esto con el fin de partir posteriormente a una reflexión de las mismas.

- Primeramente se abordará a la planeación. Se afirma que esta acción se desarrolló efectivamente, ya que hubo concordancia entre la concepción que se tenía de ésta como un proceso estructurado, dinámico y delimitado en tiempo y espacio; lo cual se vio reflejado al llevar a la misma a una situación concreta que ameritaba el contexto de un Servicio Social, cumpliendo de acuerdo a las necesidades de éste último la elaboración de diagnóstico, definición de fines y medios; entre otras tareas. La parte dinámica de la planeación quedó representada en el hecho de que ésta estuvo presente

desde el inicio y final de la estadía en esta institución, abarcando la planificación de todas las tareas realizadas; y tomando en consideración los eventos que surgían. Aunado a esto, se indica que lo trascendental de esta actividad estriba en que simboliza el principio para que las acciones ya previamente consideradas se concreten, es decir; da apertura a que se posibilite cualquier labor lo más eficiente, prediciendo y reduciendo todo margen de error; para alcanzar la concordancia con los propósitos ya preestablecidos.

- La investigación Bibliográfica referente a las áreas de Educación Especial y Deficiencia Auditiva entre otras, fue crucial tanto para adquirir información indispensable; previa a la inserción en el I.R.O., y además para la elaboración del marco teórico de este trabajo, que tiene como meta ser el sustento que avale lo realizado en éste Centro. Por otra parte, se puntualiza que el conocimiento de ciertas tareas específicamente relacionadas a la investigación documental, como lo es la elaboración de fichas hemerográficas, esquema de trabajo, manejo de citas de autor, entre otras; facilitaron obviamente la producción de la misma.

- En tercer lugar, se llevó a cabo las actividades primarias que dan sentido a este reporte: Evaluación, Diagnóstico e Intervención dirigidas a la población de interés, que como ya se citó; la aplicación de las mismas, dependió de una base teórica, así como de la adquisición de habilidades específicas; tales son la aplicación e interpretación de instrumentos evaluativos, detección de habilidades capacidades y deficiencias del evaluado, programación de actividades de intervención, etc.

Dados a conocer éstos tres puntos que explicaron las actividades ya nombradas, ahora se procederá a enfatizar de forma breve cómo las mismas para su realización sin excepción, requirieron (valga la redundancia) de una anticipación de conocimientos teóricos; de específicas capacidades y destrezas que debieron apropiarse a lo largo del proceso universitario; posibilitando una resolución pertinente a una problemática real; es decir, las necesidades de la población sorda dentro del I.R.O. Qué otra prueba más

ahaciente que ésta, para ratificar que lo enseñado en "el aula" tiene aplicabilidad en situaciones concretas, siendo por tanto un parámetro que asimismo certifique la existencia y el valor de la vinculación entre lo teórico y lo práctico, dentro del Plan de Estudios de la FES Zaragoza.

Se considera así, que el conocimiento obtenido a lo largo de la carrera de Psicología no ha quedado sólo a nivel de información porque ésto implicaría una falta de relación de ésta con una realidad inmediata; lo cual sería a su vez sinónimo de datos ambiguos rígidos y parciales al tratar de emplearlos en un determinado contexto social, y por tanto sería imposible realizar una acción sobre el medio.

En efecto al referirse al egresado de la FES, se alude igualmente a la adquisición de una formación profesional que se va puliendo cuando éste se incorpora en un ámbito social y recibe retroalimentación de su actuación en él. La existencia de ésta formación es un hecho debido a que la FEZ Zaragoza defiende la ideología de que todo nuevo conocimiento y su empleo estará enfocado al beneficio del hombre, lo que incluye entonces la formación del universitario tomando en cuenta lo significativo de la responsabilidad hacia el acceso y ejercicio del saber; de la profesión y del ser humano; lo cual se hizo evidente en un Servicio Social donde está presente el compromiso de favorecer a un sector de población desprotegida, desarrollando al máximo el potencial de sus capacidades, encaminadas hacia una existencia más plena. Esto, obviamente no podría haber sido cubierto; sino hay en el egresado una capacidad de reflexión, acompañado a un pensamiento crítico, comprensión global de los hechos y acción creadora; que se traduce en una formación intelectual y el logro de un desempeño profesional; producto de una aprendizaje significativo.

De esta forma asevero que el Plan de Estudios de la Carrera de Psicología de la FES es viable para cubrir mínimamente la demanda social en la que se ve inmersa.

Pero en contraste; un aspecto a considerar fue que antes de tener contacto con ésta institución, no contaba con los elementos suficientes en materia de Educación

Especial, por lo cual considero oportuno el abordar dentro del Plan de Estudios éste tema puesto que no hay que olvidar que la misma hace referencia a una problemática social actual, relevante y que por tanto nos compete su solución.

BIBLIOGRAFIA.

- Abrams , D. (1991). Looking at and looking away: Etiology of preoedipal splitting in a deaf girl. Psychoanalytic-Study-of-the-Child, 46, 227-304.
- Acle, T. (1990). La educación especial y sus necesidades en las áreas de evaluación, intervención, prevención e investigación. Mekanograma. México: E.N.E.P. Zaragoza.
- Acle, T. (1995). Educación Especial: Evaluación, Intervención e Investigación. México: U.N.A.M.
- Aguilar, A. (1994). Informe de práctica profesional de Servicio a la Comunidad: INSTITUTO ROSENDO OLLETA. México: UNAM.
- Aguilera, S. (1994). Diagnóstico Institucional: I.R.O. México: UNAM
- Airmad. P. y Morgón, A. (1989). El niño sordo. Madrid: Narsea.
- Alardín, S. (1983). Los procesos de aprendizaje en el niño con problemas de comunicación humana. México: Jus.
- Alba, A., Díaz Barriga, A., Viesca, M. (1980). Evaluación: Análisis de una noción. Revista Mexicana de Sociología, 46(1), 175-204.
- Antia, S. y Supalla, S. (1995). La importancia del lenguaje en el desarrollo y educación de las personas con problemas de audición. Memorias. Primer Congreso Internacional. La discapacidad en el año 2000. pp. 138.
- Ashman, A. y Conway, R. (1992). Estrategias cognitivas en Educación Especial. México.
- Barbieri, L. (1988). La importancia de la comunicación familiar para el desenvolvimiento escolar del alumno sordo. Madrid: Impresiones Hogar.
- Beasley, M. (1990). Atlas of the body and mind. New York: Crescent Books.
- Bender, L. (1990). Test Gestáltico Visomotor (B.G.) Usos y Aplicaciones Clínicas. México: Paidós.
- Benoit y De Torero (1995). Señales de llamada en Psicopatología precoz del niño sordo Infancia y Aprendizaje, 69, 75-83.
- Bernstein, J. (1987). Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual. Escala Especial. Paidós: Buenos Aires.
- Bernstein, J. (1987). Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual. Escala General. Paidós: Buenos Aires.

- Bernstein, J. y Terman L. (1987). Test de inteligencia Infantil, por medio de la Figura Humana. Paidós: Buenos Aires.

- Blackhurst, A. y Berdine, W. (1981). An Introduction to Special Education. Little Brown: Boston.

- Bolton, B. (1976). Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation. Baltimore: Park Press.

- Bolton, B. (1976). Psychology of deafness for rehabilitation counselors. U.S.A.: University Park Press.

- Boothroyd, A. (1982). Hearing impairments in jung children. U.S.A.: Prentice Hall.

- Bonstein, H. (1990). Manual of communication. U.S.A.: Sallandet University Press.

- Bowler, T. y Gardner B. (1991). El niño disminuido. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Carrasco, J. (1989). Sistemas de Educación Especial. México: UNAM.

- Carrillo, A. (1989). Incapacidades y desvalorización. Fem. 75, 13-18.

- Castro, L. (1988). Diseño Experimental sin estadística. México: Trillas.

- Cohen, J. (1973). Sensación y percepción auditiva y de los sentidos menores. Tomo I y II. México D.F.: Trillas.

- Colin, D. (1985). Psicología del niño sordo. España Toray Masson.

- Corman, I. (1967). El Test del dibujo de la Familia en la Práctica médico pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.

- Chess, S y Fernández, P. (1988). ¿Tienen los niños sordos una personalidad característica? Journal of the American Academy of the Child Psychiatry 19. 654-664.

- Churchill, J. Hodson, B. Jones, J. y Novak, R. (1988). Fonological systems of speech-disordered clients with positive/negative histories of otitis media. American Speech Language Hearing Association. 19, 100-107.

- Dalley, T. (1987) El arte como terapia. Barcelona: Herder.

- Davis, H. y Silverman, R. (1990). Hearing and deafness. U.S.A.: Holt, Rinehart and Winston.

- Díaz, Barriga, A. (1987). Problemas y retos del campo de la evaluación educativa. Perfiles Educativos, 37, 3-17.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1985). Madrid: Santillana.
- Dirección General de Rehabilitación (1977). Diagnóstico del Sistema Educativo Nacional. México: S.S.A .
- Espinosa, L. y López, M. (1991). Los efectos de la sordera profunda sobre los niveles de conceptualización de la lecto-escritura en niños preescolares. México, D.F. : Tesis UDLA.
- Fabila, G. (1995). Normas uniformes para la igualdad de oportunidades: Memorias Primer Congreso Internacional. La discapacidad en el año 2000.
- Fabre, M. (1988). Comunicación en el silencio. México: Contraste.
- Fallen, M y Macgovern, S. (1978). Young Children Special Needs. Columbus, Ohio: Charles Merrill.
- Farrugia, D. (1992). Boderline Personality Disorder and Deafness. Journal of the American-Deafness-and-Rehabilitation-Association. 25(3), 8-15.
- Fine, P. (1977). La sordera en la primera y la segunda infancia. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Flores, L. y Berruecos, V. (1991). El niño sordo en edad preescolar, identificación, diagnóstico y tratamiento. Guía para padres, médicos y maestros. México: Trillas.
- Forns, M. (1993). Evaluación psicológica infantil. Barcelona: Barcanova, Temas Universitarios.
- Furth, H. (1981). Pensamiento sin lenguaje. Implicaciones Psicológicas de la Sordera. Madrid: Marova
- García, M. (1991). La Educación Especial en el Estado de México. México: Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).
- Gardner, B. (1984). El niño disminuido; Guía educativa para los disminuidos orgánicamente. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gesell, A. (1994). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México: Paidós.
- Gosalbez, C. (1983). Técnicas para el entrenamiento psicopedagógico. España: Cincei-Kape-lusz.

- Gotzens, B. (1983). Un estudio comparativo entre niños sordos y oyentes: las relaciones lenguaje-inteligencia. Logop. Fonoaud., 2 (3), 167-171.
- Hammer, E. (1995). Los Tests Proyectivos Gráficos. México: Paidós
- Hayes, A. (1985). Audiology. New York: Prentice Hall.
- Helton, G. Workman, E. y Matuszek, P. (1982). Psychoeducational Assesment. Integrating concepts and techniques. Orlando Florida: Grune y Stratton.
- Henderson, D. y Hendershott, A. (1991). ASL and the family system. Amercian Annals of the Deaf. 136 (4), 325-329.
- Hodson, B. y Paden, E. (1983). Targeting intelligible speech. U.S.A.: College-Hill Press.
- Hus, I. (1979). The socialization process of hearing impaired children in summer camp. The Volta Review. 81 (3), 78-93.
- Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH). (1981). El niño sordo en el hogar y en la escuela. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (1992). Estadísticas de Educación. Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales. 9 (1), 9.
- Kauffman, J (1981). Introduction: Historical trends and contemporary issues in special education in the United States. Handbook of Special Education. U S A :Prentice-Hall
- Kirk y Gallagher, J. (1989). Educating exceptional children. , Boston: Houghton Mifflin Co.
- Kolb , L (1977). Psiquiatría clínica moderna. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
- Ling. D. (1988). Foundations of spoken language for hearing impaired children. New York: Alexander Gramham Bell Association for the Deaf.
- Llinas, Z. (1989). Con algún problema físico-mental el 10% de la población escolar total. Uno más Uno, 2 de Abril, México.
- López A. (1994). Reporte delmercado laboral de la Licenciatura en Comunicación Humana del Departamento de Educación. México: Universidad de las Américas.
- Lowe (1990). Audiometía en el niño Ed. Médica Panamericana: México.

- Lowenfeld V. y Brittain L. (1984). Desarrollo de la Capacidad Creadora. Buenos Aires: Kapelusk.
- Maher, T. (1989). The psychological development of prelinguistic deaf infants. Clinical Social Work Journal. 17 (3), 209-222.
- Mainar, G. (1989). Educación Especial. Madrid: Morata.
- Marchesi, A. (1987). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. España: Alianza Psicología.
- Mayor, S. (1985). Educación Especial en Manual de Educación Especial. España: Cincel
- Mehrens, W. y Lehman, Y. (1982). Medición y Evaluación en la educación y en Psicología. México: CECSA.
- Mercer, J. (1979). System of multicultural pluralistic assesment: Technical manual. Orlando Florida: Grune y Stratton.
- Messick, S. (1983). Assesment of Children. En P.H. Mussen (De.). Handbook of Chid Psychology. New York: John Willey & Son.
- Morris, R. y Blatt, B. (1990). Educación Especial: Investigaciones y Tendencias. Buenos Aires: Panamericana.
- Muscarsel, M. (1988). Mundo sonoro. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Myers, P. y Hammill, D. (1983). Métodos para educar niños con dificultades de aprendizaje. México. Limusa.
- Northern, J. y Downs, M. (1991). Hearing in children. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Núñez, B. (1991). El niño sordo y su familia, aportes desde la Psicología Clínica. Buenos Aires: Troquel.
- Olsen, W. (1986). Physical Characteristics of hearing aids. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Orozco, P., León, R. y Román, A. (1994). Enciclopedia Temática de la Delegación Cuahtémoc. T.I. México: Departamento del Distrito Federal (DDF).
- Pain, S. y Jarreau, G. (1995). Una Psicoterapia por el Arte. Teoría y Técnica. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Phelps, L. y Ensor, A. (1989). Gender differences on the WAIS-R performance scale with young deaf adults. Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association. 22 (3), 48-52.

- Programa de Servicio Social Multidisciplinario (PSSM) (1997). Taller de Integración de Equipos Multidisciplinarios en Instituciones para la atención de Niños, Adolescentes y Discapacitados. México: UNAM.

- Quigley, S. y Peter, P. (1984). Language and Deafness. San Diego: College Hill Press.

- Ramírez, R. (1982). Conocer al niño sordo. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

- Rivera, T. (1984). La Educación Especial en México. Informe de Servicio Social. México: ENEP ZARAGOZA.

- Salvia, E. e Ysseldyke, J. (1997). Evaluación en la Educación Especial. Barcelona: C.E.A.C.

- Saraev, S. y Koslov, V.(1995). Characteristics of pathological personality development in deaf children. Journal-of-Russian-and-East-European-Psychiatry. 26(1), 56-60.

- Sattler, J. (1988). Evaluación de la Inteligencia Infantil y habilidades especiales. México: El Manual Moderno.

- Schiffman, H. (1993). La percepción sensorial. México: Limusa.

- Secretaría de Educación Pública (SEP), (1985). La Educación Especial en México. México: Grupo Editorial Mexicano, S. A de C.V.

- Secretaría de Educación Pública (SEP), (1987) Orientaciones Didácticas para la intervención temprana en niños con trastornos auditivos. México: Autor.

- Serafín, E. (1991). Comunicación manual: Diccionario del lenguaje de los sordos en México. México: Exa. Ingeniería.

- Shotellius, B. (1975). Fisiología. México: Interamericana.

- Skinner, M. (1988). Hearing and evaluation. U.S.A : Prentice Hall.

- Snavastava, S. y Selvi, G. (1988). A comparative study of the level of intelligence of deaf and normal children of the ages 9, 10 and 11 years with reference to their sex and economic status as measure by the Raven's Progressive Matrices. Child Psychiatric Quarterly. 21 (3), 87-107.

- Sociedad Mexicana de Psicología (1994). Código Ético del Psicólogo. Edit. Trillas: México.

- Stoel-Gammon, C y Dunn, C. (1985). Normal and desordered phonology in children. Baltimore: Park Press.
- Suria, M. (1974). Guía para padres de niños sordos. Barcelona: Impresiones Hogar.
- Taylor, R. L. , Sternberg, L. (1989). Exceptional children, integrating research and teaching. Spring-Verlag, New York.
- Tilley P. (1988). El arte en la Educación Especial. Barcelona. CEAC.
- Tomdike, R. y Hagen, E. (1978). Test y Técnicas de medición en Psicología y Educación. México: UNAM.
- Tye Murray, N. (1992). Articulatory organizational strategies and the roles of audition The Volta Review. 94, 243-259.
- Vázquez, O. (1985). Psicomotricidad en el Deficiente Mental. Informe Final de Servicio Social. México: ENEP- Zaragoza.
- Wood, D. (1991). Communication and Cognition: How the communication styles of hearing adults may hinder-rather than help-deaf learners. American-Annals-of-the-Deaf. 136(3), 247-251.
- Ysseldyke, J & Shinn, M. (1981). Psychoeducational Evaluation. en Kauffman, J. & Hallahan, D. Handbook of Special Education. Nueva Jersey: Prentice-Hall.

GOODENOUGH

- ✓ Cabeza presente
- ✓ Piernas presentes
- ✓ Brazos presentes
 - 4. Tronco presente
 - 5. Tronco mas largo que ancho
- 6 c. Hombros (perfectamente indicados)
- 5 a. Brazos y piernas unidas al tronco
- 5 b. Brazos y piernas unidas al tronco correctamente.
- 6 a. Cuello presente
- 6 b. Líneas de cuello
 - 4. Ojos presentes
 - 4. Nariz presente
 - 5. Boca presente
- 7 d. Boca y nariz en dos dimensiones
- 7 e. Orificios de la nariz
- ✓ Cabello presente
- 8 b. Cabello no garabateado (no exceda circunferencia cabeza)
- ✓ Ropa presente
- 8 b. Dos prendas de vestir
- 9 c. Dibujo completo (con ropas) sin transparencias
- 9 d. Cuatro prendas de ropa
- 9 e. Vestido completo
- 10 a. Dedos presentes
- 10 b. Número correcto de dedos
- 10 c. Detalle de dedos
- 10 d. Pulgar opuesto
- 11 a. Mano diferenciada
- 11 a. Articulación brazos
- 11 b. Articulación piernas
- 12 a. Proporción cabeza
- 12 b. Proporción brazos
- 12 c. Proporción piernas
- 12 d. Proporción pies
- 12 e. Proporción (dos dimensiones)
- 13 Tacones
- 14 a. Coordinación motora (A)
- 14 b. Coordinación motora (B)
- 14 c. Coordinación motora (contorno cabeza)
- 14 d. Coordinación motora (contorno y tronco)
- 14 e. Coordinación motora (brazos y piernas)
- 14 f. Coordinación motora (faciares)
- 15 a. Orejas presentes
- 15 b. Orejas, posición y proporción
- 16 a. Cejas o pestañas
- 16 b. Pupilas
- 16 c. Proporción ojo
- 16 d. Mirada
- 17 a. Barba y frente
- 17 b. Proyección de la barba
- 18 a. Perfil "A"
- 18 b. Perfil "B"

Nombre: _____

Puntaje Total. _____

Fecha de Nac.: _____

E.C.: _____

Fecha de Examen: _____

E.M.: _____

Examinadora. _____

C.I.: _____

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

SERVICIO DE PSICOLOGIA EDUCATIVA

REPORTE DE APLICACION "DEL BENDER"

Nombre: _____ Fecha de aplicación: _____
Edad: _____
Exp: _____ Aplicador: _____

Hipótesis de trabajo: _____

Contexto de aplicación de la prueba: _____

RESULTADOS

	Puntaje	Resultados
Nivel de madurez Viso-Motor	_____	_____
Indicadores emocionales:	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indicadores de daño cerebral:	Resultados
Figura A	_____
Figura 1	_____
Figura 2	_____
Figura 3	_____
Figura 4	_____
Figura 5	_____
Figura 6	_____
Figura 7	_____
Figura 8	_____

Análisis de resultados: _____

III. HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL.

- 1) Número de embarazos anteriores al paciente? _____
- 2) Se deseaba el embarazo? _____
- 3) Fue el sexo deseado? _____
- 4) duración del embarazo? _____
- 5) Enfermedades durante el embarazo? _____
- 6) Problemas emocionales durante el embarazo? _____
- 7) Tomó algún tipo de medicamento durante el embarazo? _____
 ¿Cuál? _____
- rayos X _____ y a los cuantos meses _____
- 8) parto normal () Cesárea () Fórceps () otros () _____
- 9) Condiciones del parto: casa () hospital () otros () _____
- 10) Lloró inicialmente al llorar el paciente al nacer? _____
- 11) Lesiones observadas? _____
- 12) Cuidados adicionales? _____
- 13) ¿rechazó el pecho materno? _____
- 14) A que edad ocurrió el destete? _____
- 15) ¿Que problemas de alimentación tuvo? _____

IV. HISTORIA CLINICA.

- 1) Existen antecedentes de familiares que hallan tenido alguna enfermedad física o mental grave? _____ ¿Cuál? _____
Parentesco _____
- 2) ¿Qué enfermedades ha tenido? _____
- 3) ¿Ha tenido temperatura mayor de los 40 grados? _____
- 4) ¿Ha tenido convulsiones? _____ cuantas _____
- 5) ¿Ha sufrido golpes en la cabeza? _____
- 6) Tiene o ha tenido problemas en:
Marcha () Lenguaje () Oído () Vista () _____
- 7) ¿A notado alguna deficiencia visual en el niño? si-no
¿cuál? _____
- 8) ¿Ha recibido atención especializada? _____

CONTROL DE ESFINTERES

- 1) ¿A qué edad comenzó a avisar? _____
- 2) ¿Qué procedimiento siguió para que avisara? _____
- 3) ¿Cómo se le corregía al niño cuando no avisaba a tiempo? _____
- 4) ¿Moja actualmente la cama? _____ con qué frecuencia _____
que hace usted cuando sucede? _____

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES ESPECIALES
UNIDAD TÉCNICA DE ELECCIÓN

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

ESCALA ESPECIAL

Instituto, Escuela o Clínica _____

Nombre _____ Exp. No. _____

Forma de aplicación _____ Prueba No. _____

Fecha de Nac: _____	Motivos de la Apl: _____
Edad: _____ años _____ meses. Grado: _____	Fecha de hoy: _____
Distrito _____ Escuela: _____	Hora de inicio: _____
Maestra: _____	Duración: _____
	Hora de fin: _____

No.	A				Ab				B		
	Tanteos	S	±		Tanteos	S	±		Tanteos	S	±
1				1				1			
2				2				2			
3				3				3			
4				4				4			
5				5				5			
6				6				6			
7				7				7			
8				8				8			
9				9				9			
10				10				10			
11				11				11			
12				12				12			
Punt. pare.:			Punt. pare.:			Punt. pare.:					

ACTITUD DEL SUJETO Forma de trabajo	DIAGNOSTICO	
Reflexiva _____ Intuitiva _____	Edad cron.	Puntaje
Rápida _____ Lenta _____	T/ minut.	Percent.
Inteligente _____ Torpe _____	Discrep.	Rango
Concentrada _____ Dispositiva _____ Distrada _____	DIAGNOSTICO	
Dispuesta _____ Fatigada _____		
Interesada _____ Desinteresada _____		
Tranquila _____ Intranquila _____		
Segura _____ Perseverancia _____ Vaciante _____		
Uniforme _____ Irregular _____	Examinador _____	