


	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 1 de 33</b>

# GUÍA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS SECUNDARIAS A LOS TRASTORNOS AUDITIVOS

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Coordinación de Psicología	Encargado de la División de Rehabilitación INtegral	Dirección Médico
Firma			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 2 de 33		

## 1. Propósito

Establecer lineamientos homogéneos que favorezcan el diagnóstico y tratamiento idóneos de los aspectos psicológicos secundarios a los trastornos auditivos, acorde a los estándares del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

## 2. Alcance



De observancia permanente y obligatoria para todos los psicólogos adscritos al área.

## 3. Responsabilidades

- Jefe de División: Supervisar el cumplimiento de la presente guía
- Jefe de Servicio: Elaborar y verificar el cumplimiento de la guía
- Psicólogos: ejecutar y retroalimentar el cumplimiento de la guía

## 4. Políticas de operación y normas

Revisión cada dos años o antes si fuera necesario.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 3 de 33</b>		

## 5. Definición del padecimiento.

El concepto global de discapacidad auditiva incluye todas aquellas pérdidas totales o parciales de la audición, en cuya intervención clínica se delimita el tipo y grado de pérdida, la etiología, si se trata de un problema unilateral o bilateral y si su impacto será temporal, definitivo o progresivo. Con base a este esclarecimiento, el audiólogo determina el plan terapéutico en el que puede sugerir el uso de auxiliares auditivos, intervenciones quirúrgicas, terapias de lenguaje y psicoterapias, según sea el caso.



Existe, por ende, una amplia gama de discapacidades auditivas que afectan desde la población pediátrica hasta adultos mayores, en los que adicionalmente a la pérdida auditiva se añadirán potencialmente dificultades comunicativas, cognoscitivas y emocionales.

Por ello, el impacto psicológico en estos pacientes y su familia no puede ser soslayado, ya que pueden generar desde problemas en el desarrollo intelectual secundario a la dificultad de adquisición del lenguaje en los trastornos congénitos, hasta problemas de relación, estado de ánimo como depresión o ansiedad, que hagan necesaria la intervención psicológica para su atención integral.

## 6. Clasificación del padecimiento

Las discapacidades auditivas se clasifican en términos de diversos factores. El primero de ellos se basa en el *grado de la pérdida auditiva*, a saber: **leve, moderada, severa o profunda**. Con base a la conducta auditiva, puede observarse que en la hipoacusia leve surgen problemas frente a la voz de baja intensidad o bien en ambientes ruidosos. En las moderadas se aprecian dificultades en la adquisición y articulación de lenguaje, así como, en modulación de la voz. En las severas se responde a la voz de gran intensidad con el uso de auxiliares auditivos, mientras que en las profundas los auxiliares auditivos generan ganancia únicamente para ruidos fuertes. (1)

Un segundo factor para la clasificación de estas discapacidades se relaciona con su etiología. Desde esta perspectiva se ubican fundamentalmente: **las genéticas, las adquiridas y las malformativas**. En las primeras encontramos las llamadas autosómicas recesivas, las autosómicas dominantes, las ligadas al cromosoma X y las mitocondriales. En las adquiridas se ubica a las congénitas, pudiendo ser causadas por toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, sífilis; meningitis bacteriana o mastoiditis, entre otras. Asimismo, las ocasionadas por hiperbilirrubinemia, nacimientos prematuros, uso de medicamentos ototóxicos, traumatismos craneoencefálicos o trauma acústico. Las infecciones otorrinolaringológicas crónicas o severas pueden originar también estas discapacidades. En las de origen malformativo encontramos las de microsomía hemifacial, la malformación de Mondini y las microtias, entre otras. Estadísticamente se acepta que las principales causas de sordera infantil severa y profunda son las genéticas en al menos el 50% de todos los casos; en segundo término se encuentran las adquiridas y finalmente las malformativas. (1)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 4 de 33		

Un tercer factor para la clasificación de estas discapacidades se relaciona con el **momento de aparición**, teniendo como punto de referencia la adquisición del lenguaje, por lo que se habla de hipoacusias prelingüísticas, para aquellas que se presentan antes de la adquisición de lenguaje, es decir, entre el nacimiento y los dos años de edad; en segundo término están las perilingüísticas, que aparecen en la etapa de adquisición del lenguaje, es decir entre los dos y los cinco años de edad; y las postlingüísticas que aparecen posterior a la adquisición del lenguaje. (1)

Como ya mencionamos pueden presentarse de forma unilateral, bilateral, con diferente grado de pérdida en cada oído; puede ser una pérdida progresiva como en el caso de la otosclerosis; o una pérdida fluctuante como en el caso del síndrome de Meniere, o bien una pérdida súbita (unilateral o bilateral); éstas últimas generando un muy importante impacto emocional.

Evidentemente del momento de aparición y severidad depende su impacto en el individuo, siendo mayor mientras más precoz y profunda sea la pérdida.

## 7. Caracterización del impacto psicológico:



### 7.1 Impacto Cognoscitivo

El impacto cognoscitivo más importante, dentro de las discapacidades auditivas, se encuentra en las **sorderas congénitas**, ya que la falta de imput sensorial inhibe el desarrollo de lenguaje.

El estudio del desarrollo de la inteligencia de los niños sordos ha generado un conocimiento relativamente amplio sobre los diferentes procesos cognitivos, mismo que ha permitido el diseño de estrategias educativas y de atención especial.

Una perspectiva teórica sin duda sobresaliente es la de Myklebust, en la que realiza una amplia investigación del desarrollo intelectual en los sordos, encontrando resultados comparativos muy semejantes entre la población de niños oyentes y sordos, especialmente en pruebas no verbales. Estos resultados señalaron la presencia de elementos cognoscitivos particulares en el desarrollo de los sordos, tales como una mayor necesidad de elementos concretos, además de una clara dificultad para la interiorización de aspectos abstractos (2).

Bajo una perspectiva piagetiana Furth estudió el desarrollo cognoscitivo de los niños sordos, encontrando también que el desempeño intelectual es comparativamente semejante entre sordos y oyentes, aún cuando, encuentra desfases temporales en el desarrollo intelectual del sordo a partir de la aparición de la función simbólica hasta la adquisición de esquemas formales. El autor subraya la importancia del período sensoriomotor como la base para la posterior construcción del pensamiento lógico y no el lenguaje, por lo cual asume, que la interacción del niño con el mundo físico le permitirá la construcción de estructuras cognoscitivas que generen las habilidades fundamentales. A través de su método de observación, determina que los niños sordos presentan

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 5 de 33</b>		

una mayor curiosidad intelectual, aún cuando, las actividades poco estructuradas les genera confusión. (3)

Habrà de señalarse que desde la interpretación piagetiana, el desarrollo del lenguaje se encuentra subordinado al desarrollo intelectual, sin embargo, la importante obra de Vigotsky pone de relieve la importancia del tamiz del lenguaje en las funciones intelectuales, su fundamental influencia social, identificando sus orígenes más allá de la función simbólica. Un concepto clave desde esta perspectiva se refiere al desempeño de las funciones mentales superiores, propias únicamente del ser humano, como producto de una actividad mediada. Aun cuando comparte algunos conceptos psicogenéticos del desarrollo con Piaget, tales como, la integración de los diferentes momentos en el desarrollo de la inteligencia, en donde los más antiguos no desaparecen sino que se integran, se generó una diferencia fundamental en relación al pensamiento y lenguaje, su diferente ontogénesis, su función en el desarrollo de la inteligencia y el egocentrismo infantil (4).



Esta reflexión teórica, ha promovido la realización de importantes estudios acerca de la relación entre el lenguaje y la cognición. Donde la primera hipótesis respecto al desarrollo cognitivo de los sordos asume que al no contar con un lenguaje oral compartido y si éste es un prerrequisito para la cognición, entonces la capacidad intelectual de la persona sorda tendría que estar seriamente abatida. Mientras que la hipótesis contraria asume que si el lenguaje depende de la cognición, entonces el conocimiento y la comprensión de una persona sorda tendría que ser equivalente entre los oyentes y los sordos.

Es claro que la sordera no impacta el potencial intelectual en sentido estricto, no obstante, las personas sordas en medio de oyentes carecen de la estimulación lingüística, por lo que se genera una desventaja importante en la adquisición de lenguaje y posteriormente en el medio escolar.

La influencia de Piaget en el estudio del desarrollo intelectual infantil ha normado parámetros de observación en los diferentes períodos y estadios descritos en su importante obra, por lo que ha generado también su análisis en el desarrollo de los niños sordos. Una de las grandes bondades de esta perspectiva es que permite contemplar la construcción del desarrollo como un proceso psicogenético. (5)

Piaget describe cuatro grandes períodos en el desarrollo, especificando la construcción de particulares estructuras cognoscitivas, mismas que se encuentran íntimamente ligadas a la afectividad y socialización del individuo. El primer período abarca del nacimiento hacia los 24 meses aproximadamente, es el período sensoriomotor, constituido por seis diferentes estadios, en el que el individuo parte de sus estructuras biológicamente heredadas hasta el uso de sus esquemas de acción de forma intencionada, coordinada, inteligente para llegar al inicio de la representación cerca de los dos años. (5)

Es así como tras un breve estadio de ejercicios reflejos surgen en el bebé los primeros hábitos "asimilando" y "acomodando" sensaciones, percepciones y movimientos integrando esquemas de acción. Paulatinamente dichos esquemas adaptativos se sofistican, partiendo del propio cuerpo

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 6 de 33		

para después conocer el medio externo. El bebé incorpora novedades del medio a través de “chupar”, “palpar”, “golpear” hasta construir una estructura cognitiva que asume nociones sensoriomotoras respecto a las categorías de objeto, espacio, tiempo y causalidad, que le permitirá objetivar el medio con relación a su propio cuerpo (5).

La investigación de los sordos en el período sensoriomotor señala que éstos presentan un desarrollo paralelo a los oyentes, investigaciones realizadas por Marchesi, indican que éstos presentan un desarrollo paralelo a los niños oyentes, excepto en aspectos de imitación vocal (6).



Para Piaget la función simbólica aparece alrededor de los dos años de edad, presentándose bajo la forma del juego simbólico, la imagen mental, la imitación diferida, el dibujo y el lenguaje. A través del juego simbólico, el individuo hace uso lúdico de sus esquemas cognoscitivos y afectivos. El período preoperacional asume la presencia de la función simbólica y con ello la posibilidad de la representación con características preconceptuales, que se construyen de forma egocéntrica, es decir, a partir de las propias experiencias, siendo sus formas de causalidad animistas y artificialistas, por lo que hay un importante sesgo de la realidad (5).

Es así como el conocimiento del niño acerca del mundo en el preoperatorio está estrechamente vinculado a su propia experiencia y a sus percepciones. Esta visión limitada, lo conduce a nociones sesgadas de la realidad debido a este egocentrismo intelectual, a su incapacidad de conjuntar el todo y las partes, lo cual determina formas de análisis limitadas por la yuxtaposición y el sincretismo. En este momento del desarrollo intelectual aún no se presentan conceptos propiamente dichos, sino que se parte de una imagen mental ligada estrechamente a la percepción y a la experiencia propia. No se desarrolla aún el pensamiento lógico, mismo que aparece con los esquemas operatorios.

Es bien sabido, sin embargo, la dificultad que encuentran los niños sordos en la adquisición de la función simbólica, misma que implica la capacidad de remontar el aquí y el ahora, a través de esquemas representativos. Las investigaciones realizadas con niños sordos con respecto al juego simbólico muestran dificultad en esta población en la traducción del lenguaje a las acciones, suponiendo que para el niño sordo la palabra se ubica en un nivel diferente al niño oyente, tanto en su significado como en su uso.

Gregory y Magfor sugieren limitaciones en el juego simbólico de los niños sordos en áreas específicas como: dificultad en la planificación del juego, diferencias en la estructuración de la realidad, del juego y finalmente las dificultades comunicativas en los sordos limitan la interacción durante el juego. (6)

Estudios realizados bajo el enfoque vigoskiano, afirman que los niños sordos en la etapa del juego simbólico presentan dificultad en la traducción del lenguaje a la acción, estableciendo un nivel semántico y funcional del lenguaje diferente, por lo cual la palabra no regula la acción en el mismo sentido que en el oyente. (6)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 7 de 33		

Los resultados obtenidos en las investigaciones de Marchesi, en cuanto al juego simbólico indican que los niños progresan en un ritmo semejante, aún cuando encuentran limitaciones en situaciones que requieran de planificación. El autor subraya la importancia de reconsiderar el vínculo entre el juego simbólico y el lenguaje, al estar organizadas por la misma estructura cognoscitiva, ya que su desarrollo se altera al limitarse el desarrollo lingüístico (6).

Estos resultados indican que el lenguaje es un elemento fundamental para representar, planificar y controlar nuestra conducta. Resulta evidente que la limitación lingüística de los sordos hace que se presente un retraso en esta etapa en el desarrollo que tendría que superarse a medida que se adquiera e interiorice un código lingüístico que le favorezca la comunicación e interacción social.

El período de las operaciones concretas asume en el niño la capacidad de la reversibilidad, misma que le permite regresar al punto de partida de un cambio y con ello la comprobación de su resultado. Esta capacidad da inicio al pensamiento lógico y por ende, a los conceptos. Estas nuevas habilidades permiten al niño seriar, clasificar y relacionar la experiencia en un todo organizado, con éxito aún cuando está presente la limitación de lo concreto. (5)



Este período ha generado gran investigación con relación a los niños sordos. Uno de los estudios pioneros fue el realizado por Furth estudiando las tareas de clasificación. Se solicitó al niño la clasificación de objetos iguales, otros semejantes y otros opuestos. Encuentra resultados paralelos en las dos primeras actividades, mientras que en la clasificación de objetos opuestos si encuentra un desfase en los sordos. Resultados semejantes se encuentran en las tareas de conservación. En este período se observa mayor desfase en las habilidades de conservación de longitud, explicándose por la complejidad lógica en términos de compensación que implican (3).

Habrá que señalar, que los estudios confirman que la secuencia en la adquisición de las diferentes habilidades es la misma, es decir, los estadios del desarrollo sugeridos por Piaget no se omiten ni se invierten, sino que mantiene su secuencia intacta, aún cuando desfasada. Es así como, se ha encontrado que los niños sordos cursan por las mismas etapas y que en general utilizan las mismas estrategias, aún cuando las diferencias encontradas se encuentran vinculadas a las desventajas lingüísticas de los sordos.

Parece claro que la secuencia de la adquisición de estructuras y subestructuras es la misma, es decir, se adquiere primero las operaciones de seriación posteriormente aparece la representación espacial y finalmente la conservación de longitud. (6)

En el período de las operaciones formales aparecen los procesos cognitivos más avanzados ya que aparece el pensamiento abstracto, mismo que permite trascender lo concreto y analizar lo actual en una amplia gama de lo real y lo posible. El razonamiento formal asume el uso de operaciones proposicionales y sus combinatorias, mismo que genera un pensamiento hipotético-deductivo. (5)



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 8 de 33		

La importancia del lenguaje en este nivel es reconocida por Piaget, sin embargo, también asume que aún cuando se tengan los recursos lingüísticos complejos no se accede necesariamente al pensamiento formal, por este solo hecho, subrayando también la importancia de la influencia social.

Los estudios realizados con sordos en este período del desarrollo, indican que las tareas más estructuradas con relación al razonamiento lógico no se ven afectadas por el déficit lingüístico, pero si aquellas tareas conceptuales de descubrimiento que requieren de iniciativa de individuo. Estudios realizados por Marchesi en este momento del desarrollo sugieren la superioridad de los oyentes, subraya de importancia de la influencia de los factores sociales, educativos y lingüísticos, sin identificarse que elemento tiene mayor influencia ni tener resultados más contundentes (6).

Hay, sin embargo, la hipótesis de que el pensamiento formal no puede estructurarse al margen del lenguaje y que, por lo tanto, los sordos que carecen de un lenguaje estructurado a cabalidad, se mantienen ligados a sus percepciones.

Habrá que señalar que en la población de niños sordos hay una amplia gama de diferencias individuales en función de diferentes variables, tales como: grado de pérdida auditiva, edad de inicio, causas de la sordera, dotación intelectual, escolarización de los niños, atención especial recibida y si tienen padres oyentes o padres sordos.



Con lo anterior se puede concluir que los sordos presentan una inteligencia semejante a la de las personas oyentes, ya que las diferencias que se encuentran entre unos y otros se hayan circunscritas al tipo de estimulación que los sordos reciben debido a la desventaja lingüística que tienen en medios oyentes. En consecuencia, habrá que enriquecer la estimulación lingüística de los sordos a través inicialmente del adecuado consejo a los padres que en su inmensa mayoría son oyentes y tienen la necesidad de que sus hijos hablen igual que ellos. La atención especial cobra especial importancia a partir de la función simbólica, ya que en este momento es cuando los sordos inician su desfase intelectual, secundario a su desventaja lingüística, por lo que habrá que reforzar este rubro.

Se da por sentado que el desarrollo intelectual de los hipoacúsicos leves no se ve impactado de forma significativa, mientras que los moderados y profundos suelen requerir terapia de lenguaje y de voz que apuntalen sus habilidades lingüísticas, en tanto expresión y recepción.

### *7.2 Impacto Emocional y familiar.*

El impacto emocional en lo personal, social y familiar de las discapacidades auditivas se encuentra estrechamente ligado a dos factores fundamentales: la severidad y el momento de aparición.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 9 de 33		

La *discapacidad auditiva congénita* genera en la familia, en particular en los padres, un impacto emocional que se conoce como **duelo** y se define como aquella reacción emocional que se experimenta frente a la pérdida de una persona, una relación o un objeto importante para el individuo. En este caso específico, se trata de una pérdida sensorial, generalmente inesperada, que genera en los padres un importante dolor emocional, que los hace transitar por las diferentes etapas del duelo, a saber: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El camino por estas diferentes etapas no siempre es fácil, por lo que a menudo es necesaria una intervención terapéutica para favorecer su aceptación, teniendo en cuenta que en buena medida, de la forma de afrontamiento de los padres dependerá la toma de decisiones en lo terapéutico y educativo, así como, la autoaceptación y autoestima del menor.



Asimismo, el niño sordo de nacimiento dentro de una **familia oyente**, enfrenta el reto de la integración lingüística. (7) En este entorno y como es de esperarse, los padres desean que sus hijos compartan su propia lengua, por lo que a menudo se insiste en su oralización, aunque en ocasiones con resultados exiguos.

Sin duda, la adquisición de habilidades lingüísticas coadyuva a la integración social, sin embargo, los factores de **identidad y pertenencia** son también fundamentales. Por ello, independientemente de la lengua que el sordo maneje, es importante trabajar la aceptación del hecho que es sordo, inclusive para aquellos pacientes candidatos al implante coclear, y aceptar que en el caso que sea necesaria la incorporación de la lengua de señas sea compartida por toda la familia, convirtiéndose así en una familia multiétnica. (7)

El uso de auxiliares auditivos tiene también su impacto emocional, tanto en los menores, como en los padres. La adaptación a su uso constante es importante para su tratamiento por lo que es de gran importancia detectar los factores de rechazo y desde luego su origen.

Por otro lado, una de las prácticas de crianza más frecuente y nociva que clínicamente encontramos en las familias oyentes con hijos sordos es la tendencia a una excesiva **sobreprotección**, hecho que está estrechamente vinculado con la elaboración del duelo de los padres y que inevitablemente genera hijos dependientes e inmaduros.

Los trastornos emocionales clínicamente más frecuentes en la población de sordos congénitos inmersos en familia oyentes son la depresión y ansiedad infantil que aparecen enmascarados bajo problemas de socialización, autoestima, conducta y estado de ánimo, entre otros.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 10 de 33

En contraste, los niños sordos nacidos de **padres sordos** se integran a su grupo familiar desarrollando un sentido de pertenencia e identidad, compartiendo la lengua materna, es decir, la lengua de señas. En estos casos la comunicación fluye con naturalidad, aunque esta población se estima entre el 5 y 10% de los sordos. (7)



Dentro de la población infantil y adolescente de sordos es frecuente encontrar casos de **maltrato** en sus diferentes modalidades: maltrato físico, abandono, negligencia y abuso sexual. Son particularmente vulnerables aquellos sordos que no cuentan con una lengua adquirida a cabalidad, ya que a menudo no pueden expresar lo que les acontece.

Otros de los riesgos en población de adolescentes y adultos jóvenes son los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y conducta promiscua, por lo que la educación sexual en esta población reviste especial importancia.

El caso especial de las **sorderas malformativas**, añaden al cuadro emocional un factor de autoimagen que es importante tratar en el paciente y su familia.

Por otro lado, *las discapacidades auditivas postlingüísticas* enfrentan también al individuo y su entorno a un duelo por la pérdida, sea cual sea su severidad. Estos trastornos pueden aparecer en cualquier momento de la vida, una vez adquirido el lenguaje. En los niños, es frecuente que aparezca por enfermedades virales, infecciones otorrinolaringológicas crónicas y severas, mientras que en los adultos, a menudo aparecen por problemas de otosclerosis. En algunos casos es progresivo, mientras que en otros aparece súbitamente. Es importante subrayar que adicionalmente al problema auditivo, con frecuencia los pacientes en edad productiva sufren también la pérdida de empleo, cambio en el estatus económico, además de las consecuentes dificultades de comunicación y aislamiento secundarias, por lo que la ansiedad y la depresión son trastornos frecuentes.

Los problemas auditivos en los adultos mayores aparecen secundarios al proceso de envejecimiento que implica la declinación general de las funciones fisiológicas. La *presbiacusia* es la pérdida auditiva que se presenta con el envejecimiento, en especial, para frecuencias altas y la estadística refiere que aparece en el 25% de las personas entre 65 y 75 años. Las personas de la tercera edad presentan una serie de pérdidas en lo físico, cognoscitivo, laboral y económico como regla general, por lo que la presbiacusia en ocasiones detona o coadyuva generando estados emocionales depresivos en quién lo padece, así como, poca tolerancia del medio que lo rodea, por lo que a menudo es necesaria también la intervención psicológica o psiquiátrica. (8)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 11 de 33		

Los problemas emocionales que se encuentran clínicamente con mayor incidencia en los casos de adultos y adultos mayores con problemas auditivos son los trastornos del estado de ánimo como la depresión y los de ansiedad.

Cualquiera que sea el caso, los recursos personales y familiares del enfermo son una pieza clave para acceder al tratamiento y tener un adecuado apego al mismo. La elaboración del duelo para cualquiera de las modalidades de las pérdidas auditivas resulta fundamental para el buen pronóstico del caso, para lo que en la mayoría de los escenarios es necesaria la intervención psicológica y en ocasiones psiquiátrica para su atención integral.

## 8. Diagnóstico



### 8.1 Entrevista e Historia Clínica

Para la valoración y diagnóstico psicológico de los pacientes con trastornos auditivos se realiza una exhaustiva entrevista e historia clínica, iniciando con el *motivo de consulta*, enfatizando en las características de la pérdida auditiva y momento de aparición.

Se interrogan los *antecedentes perinatales*, desde el embarazo, nacimiento, puntuación apgar, desarrollo motor, desarrollo de lenguaje. Asimismo, se indaga sobre posibles trastornos en la alimentación, en términos de cantidad, calidad, horarios; posibles trastornos en el sueño: pesadillas, terrores nocturnos, somnolencias, bruxismo, enuresis, y también si duerme solo o comparte con padres o hermanos. En lo referente al control de esfínteres se interroga la edad del control diurno y nocturno y posibles trastornos en este rubro. También se indaga sobre los *antecedentes heredofamiliares*, en especial a los vinculados a los problemas auditivos.

Se integran datos referentes a la *escolaridad* de paciente, enfatizando en el grado escolar, tipo de escuela, rendimiento escolar, adaptación escolar, relación con iguales y autoridades.

Los datos del *núcleo familiar* son de gran importancia, en especial las características estructurales y de funcionalidad de la familia, para lo que se indaga sobre el tipo de familia, a saber: nuclear, extensa, reconstruida, uniparental, etc. Tipo de casa habitación. Características de las relaciones intrafamiliares enfatizando sobre el desempeño de los roles, los límites establecidos e impacto emocional del problema auditivo.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 12 de 33		

Se interroga sobre el uso de auxiliares auditivos, su adaptación a los mismos, ganancia obtenida y se observa la *conducta auditiva* del paciente.

Se indaga sobre los *tratamientos recibidos* por el paciente, a saber: si ha recibido terapia, qué tipo de terapia; cuanto tiempo la recibió, resultados de la terapia, institución donde se recibió y adherencia al mismo.



Asimismo se pregunta sobre la *conducta actual* del menor en casa, en específico: socialización, forma de comunicación, obediencia, actitud frente al peligro, respeto, presencia de berrinches, onicofagia o succión de pulgar, etc. También se toma nota de la conducta del paciente durante el estudio, su forma de relacionarse con el examinador y con el familiar que lo acompaña, su cooperación, tolerancia a la frustración, socialización, ritmo de trabajo, lapsos de atención, comprensión de instrucciones, uso de lenguaje, articulación de lenguaje, cualidades de la voz y conducta auditiva.

En el caso de los pacientes adultos se indaga igualmente, el motivo de consulta, el núcleo familiar, los aspectos laborales o escolares, posibles alteraciones en el sueño o alimentación, tratamientos recibidos inclusive para enfermedades crónicas o de otro tipo, uso de auxiliar auditivo, ganancia y se aprecian el impacto emocional del trastorno auditivo.

Todo ello, se entrelaza con los resultados obtenidos en la aplicación de una batería de pruebas psicometrías y proyectivas que se determina por la edad del paciente y su capacidad de respuesta.

Los pacientes candidatos a implante coclear requieren una mención especial, ya que se incluyen en el protocolo de diagnóstico y atención interdisciplinaria de la Clínica de Implante Coclear de nuestro Instituto. Dentro de los aspectos psicológicos se valoran los aspectos cognoscitivos, emocionales y familiares del paciente, con la finalidad identificar aquellos candidatos idóneos para el procedimiento. Dentro de los candidatos con sordera prelingüística, se valora niños hasta tres años de edad con un adecuado cociente de desarrollo y adecuada red familiar que apoye el tratamiento postimplante. Se valora los aspectos funcionales en el interior de la familia y se orienta a la familia en aquellas áreas en que se encuentren fallas, o bien se envía a terapia familiar.

Dentro de los candidatos con sordera postlingüística se valora también los aspectos cognoscitivos, los emocionales y los familiares; teniendo en cuenta que en esta población la intervención postimplante no es tan intensiva como en los prelingüísticos.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 13 de 33		

En ambos casos se valoran las expectativas del implante y se hace la corrección en cuanto a los sesgos encontrados.

### 8.2 Pruebas Psicométricas, Proyectivas, Inventarios y Cuestionarios.

Dependiendo de la edad y escolaridad del paciente se valoran los aspectos de desarrollo, intelectuales y emocionales aplicando una batería de pruebas psicológicas que puede incluir:

- *Escala de desarrollo Brunet-Lezine.* Inventario de desarrollo que valora las áreas de: control postural y movilidad, coordinación óculo-motora, lenguaje y relaciones sociales y personales. Estandarizada en población mexicana. Brinda puntuación de cociente de desarrollo.
- *Escala de Inteligencia para niños preescolares WPPSI III.* Test que valora la inteligencia de niños preescolares, que puede ser utilizada desde los dos años seis meses hasta los siete años. Valora aspectos verbales y ejecutivos, dando puntajes de C. I. Verbal C.I. Ejecutivo C.I. Total. Así como también, índice de velocidad de procesamiento y compuesto general de lenguaje.
- *Escala de Inteligencia para niños Escolares WISC IV.* Test estandarizado para población mexicana que consta de 15 pruebas y 5 índices, siendo 10 principales y 5 optativos: cubos, semejanzas, dígitos, claves, vocabulario, matrices, comprensión, búsqueda de símbolos, figuras incompletas, animales, información, aritmética, adivinanzas. Brinda puntuación de coeficiente intelectual.
- *Test de la figura humana de Goodenogh.* Prueba de papel y lápiz en que a través del dibujo de una persona se plasman aspectos cognoscitivos y emocionales diseñado para su aplicación en los niños.
- *Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler WAIS III.* Test que evalúa la inteligencia del adulto. Estandarizado para población mexicana. Consta de dos escalas: verbal y ejecutiva. Evalúa once funciones cognoscitivas. Brinda puntuación de coeficiente intelectual.
- *Test de Inteligencia Raven avanzado.* Test factorial de la inteligencia no verbal del adulto que consta de cinco series de doce elementos, donde el sujeto elige de una serie de

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 14 de 33		

opciones la pieza faltante. La resolución de la prueba asume el uso de habilidades de razonamiento analógico, capacidad de abstracción y de percepción. Brinda puntuación de coeficiente intelectual.



- *Test de figura humana de Machover.* Prueba de papel y lápiz en que a través del dibujo de una persona se proyecta aspectos emocionales significativos que se acompaña de una historia alusiva al personaje.

De considerarse necesario y dependiendo de la edad y escolaridad del paciente se valoran aspectos de la personalidad con pruebas estandarizadas para población mexicana como:

- *Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI II.* Inventario de personalidad que consta de 567 reactivos, que cuenta con tres escalas de validez, 10 clínicas y 15 de contenido y 18 suplementarias. Las escalas clínicas que explora son: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad/feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/extroversión. Cuenta con estandarización en población mexicana.

Dependiendo de la edad y escolaridad del paciente se valoran niveles de ansiedad y depresión con, escalas ambas estandarizadas para población mexicana:

- *Inventario de ansiedad de Beck.* Inventario heteroaplicado compuesto de 21 reactivos que exploran síntomas de ansiedad, en sus aspectos físicos y psíquicos. El inventario tiene una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.90-0.94 y confiabilidad de test retest a la semana de 0.67 a 0.93. (Anexo 1)
- *Inventario de depresión de Beck.* Inventario heteroaplicado compuesto de 21 reactivos que explora síntomas de depresión en sus aspectos físicos y psíquicos. El inventario tiene una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.87; mostrando altos niveles de correlación con otras escalas de depresión. (Anexo 2)
- *Escala Hamilton para Ansiedad.* Escala heteroaplicada que consta de 14 reactivos, 13 referentes a síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Las escala tiene una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.79-0.86, confiabilidad de test- retest a un día y a la semana de  $r=0.96$ . (Anexo 3)
- *Escala de Hamilton para Depresión.* Escala heteroaplicada que consta de 17 reactivos que explora cuantitativamente la gravedad de los síntomas depresivos y valora cambios a través del tratamiento. Valora estado de ánimo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 15 de 33		

inicial, medio, terminal, trabajo y actividades, retardo, agitación y ansiedad psíquica. (Anexo 4)

- *Cuestionario de expectativas* para padres y pacientes candidatos de implante coclear aplicados con la finalidad de determinar sesgos en las expectativas respecto al implante, sugerida en el Protocolo Latinoamericano de Implante Coclear. (Anexo 5)

### 8.3 Cuadros Clínicos

#### 8.3.1. Retardo de lenguaje de patogenia audiógena.

Dado que la audición como vía sensorial para la recepción del lenguaje hablado tiene un papel muy importante para la adquisición y organización del código lingüístico, Azcoaga uno de los teóricos más profundos y precisos sobre el tema, afirma que su efecto empieza a hacerse evidente desde el primer nivel lingüístico haciéndose paulatinamente más decisivo en el segundo nivel pudiendo impactar los aspectos fonológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos del lenguaje.



*Retardo de lenguaje audiógeno puro.* Para el diagnóstico del retardo de lenguaje audiógeno puro, es importante determinar el grado de pérdida auditiva y su momento de aparición. En este trastorno se hacen evidentes fallas fonológicas en la adquisición del lenguaje producto del impacto en el analizador auditivo, que es

el elemento neurológico que favorece la organización del código lingüístico a través de las diferentes etapas de la adquisición de lenguaje. Adicionalmente para su diagnóstico se debe descartar la presencia de fallas gnósico práxicas, psicógenas, hiperactividad, trastornos psiquiátricos y debilidad mental. (9)

*Los cuadros asociados son:*

*Retardo de lenguaje de patogénia audiógeno anártrico.* Para su diagnóstico es importante determinar el grado de la pérdida auditiva y su momento de aparición. Este cuadro clínico es la combinación más frecuente del retardo de lenguaje de patogenia audiógena, en él se presentan tanto fallas fonológicas como fallas en el establecimiento de los estereotipos fonemáticos. Adicionalmente para su diagnóstico se debe descartar la presencia de fallas gnósico práxicas, psicógenas, hiperactividad, trastornos psiquiátricos y debilidad mental (9)



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 16 de 33

*Retardo audiogeno afásico.* Para su diagnóstico es importante determinar el grado de la pérdida auditiva y su momento de aparición. En este cuadro clínico, el impacto fundamental se observa en los aspectos de comprensión del lenguaje en sus aspectos semánticos y pragmáticos, pudiendo presentarse también agramatismos. Adicionalmente para su diagnóstico se debe descartar la presencia de fallas psicógenas, hiperactividad, trastornos psiquiátricos y debilidad mental. (9)

*Retardo audiogeno alálico.* Se presenta en niños con debilidad mental leve o moderado adicional al problema auditivo. En estos casos se encuentra afectada la expresión y comprensión de lenguaje, así como, el desempeño intelectual global.



*Retardo lectográfico audiógeno.* Uno de los trastornos de aprendizaje asociados a los problemas auditivos, en los que puede a menudo están afectados los aspectos fonológicos, la morfosintaxis, los esterotipos fonemáticos, así como los aspectos gnósico-práxicos; factores todos que deben ser valorados, diagnosticados y tratados. (10)

### 8.3.2. Cuadros Clínicos de los aspectos emocionales en población infantil

Uno de los cuadros clínicos más frecuentes en la infancia son los trastornos de ansiedad. Se entiende por *ansiedad* aquella reacción emocional frente a una situación que se percibe como amenazante, aunque cuando la situación en sí misma puede no involucrar un peligro real, caso en que esta respuesta resulta una conducta inapropiada y por lo tanto no adaptativa. (11)

El caso específico de los niños con discapacidad auditiva, las limitaciones para la comunicación son un innegable factor ansiógeno. Si bien, existen pocos estudios especializados sobre los aspectos emocionales en la discapacidad auditiva, hay que subrayar que existe evidencia de la presencia de mayores trastornos en este rubro comparativamente con la población oyente. En términos generales se acepta que las personas con discapacidades auditivas presentan una mayor tendencia a los problemas de adaptación social caracterizada por relaciones poco estructuradas, poco flexibles y a menudo disfuncionales.

En este sentido, en un estudio comparativo entre población de invidentes y sordos, se evaluó los niveles de ansiedad y adaptación en ambas poblaciones con niños procedentes de escuelas públicas. Los resultados obtenidos indicaron que la edad de los niños fue el principal determinante de la ansiedad en ambas poblaciones, dependiendo estrechamente de la etapa evolutiva, encontrándose un efecto directamente proporcional entre la edad y el nivel de ansiedad. (12)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 17 de 33		

En relación al impacto en la calidad de vida y los niveles de ansiedad, un estudio comparó los niveles de estrés emocional y la calidad de vida, comparando personas con discapacidad auditiva que manejaban lengua de señas con los que no la conocían. Los resultados indicaron que las personas sin manejo de lengua de señas presentan mayores dificultades para entablar relaciones sociales, con niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión. (13)



### 8.3.2. Cuadros Clínicos de los aspectos emocionales en población de adultos

Los trastornos emocionales que con más frecuencia encontramos en nuestra población de adultos y adultos mayores con trastornos auditivos, son los trastornos en el estado de ánimo y los trastornos por ansiedad.

Uno de ellos es el **episodio depresivo** que se relaciona con la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas: un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés y pérdida de la capacidad para el placer, pérdida de peso sin la realización de dietas, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte. Debe establecerse que la presencia de estos síntomas debe provocar deterioro clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo. Asimismo, los síntomas no se relacionan con el efecto de una sustancia. Este es un trastorno muy frecuente en nuestros pacientes con problemas súbitos de audición. (14)

En el caso de las presbiacusias, el **trastorno distímico** es altamente frecuente. Este trastorno se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. A menudo hay pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Habrá de identificarse que durante el período de dos años, la persona no ha estado asintomática durante más de dos meses seguidos y producen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo. Asimismo, los síntomas no se relacionan con el uso de una sustancia. (14)

Estudios específicos sobre trastornos del ánimo en adultos con discapacidad auditiva realizado con población estadounidense mostró que los instrumentos utilizados deben ser debidamente estandarizados, ya que se encontraron diferencias entre el inglés y la lengua de señas americanas respecto a la manera de describir el fenómeno, por lo que los resultados no encontraron

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 18 de 33		

correlación con las variables demográficas, académicas, sociales, niveles de discapacidad auditiva y los aspectos de lenguaje. (15)

Sin embargo, investigaciones como la realizada con el objetivo de identificar síntomas de ansiedad y depresión comparando poblaciones de oyentes y sordos a través de la escala “Hopkins Symptom Checklist” encontraron que la población sorda presenta más elevados niveles de miedo, desesperanza y tristeza, comparativa con la población oyente. (16)

Dentro de los **trastornos por ansiedad**, es frecuente encontrar en la población de hipoacusias súbitas las crisis de angustia (panic attack). Las **crisis de angustia** se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso acompañado de al menos cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión torácica, náuseas, inestabilidad, miedo de perder el control, miedo a morir, parestesias o escalofríos. (14)



## 9. Tratamiento

**9.1 Orientación familiar.** Este es un procedimiento frecuente en nuestra consulta habitual y tiene como objetivo valorar la dinámica familiar donde se encuentra nuestro paciente, en términos de su estructura y funcionalidad. Se enfatiza el análisis de la etapa de proceso de duelo donde se ubique el caso, los recursos psicológicos para su afrontamiento y su situación general actual. Con base a estos datos se determina si se da seguimiento periódico con esta misma estrategia, o con alguna de nuestras otras opciones terapéuticas.

**9.2 Psicoterapia.** Procedimiento frecuente en nuestra consulta habitual y tiene como objetivo valorar el caso específico y determinar junto con el paciente los objetivos terapéuticos a trabajar estableciéndose un contrato terapéutico de al menos doce sesiones. El enfoque de trabajo puede ser de orientación analítica, cognitivo-conductual o sistémico.

**9.3 Terapia de familia.** Procedimiento frecuente en nuestra consulta habitual y tiene como objetivo valorar los diferentes conflictos que enfrenta la familia promoviendo una relación empática con base al análisis de las diferencias y conflictos. Se determinan los objetivos de trabajo y se establece contrato terapéutico de al menos doce sesiones.

**9.4 Terapia de Juego.** Procedimiento frecuente en nuestra consulta habitual y se define como aquella intervención terapéutica que utiliza el juego como medio para ayudar al niño a identificar y remontar sus dificultades emocionales realizado en un encuadre grupal. De los objetivos terapéuticos más frecuentes son el apuntalamiento de áreas como: autoconcepto

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja:</b> 19 de 33	

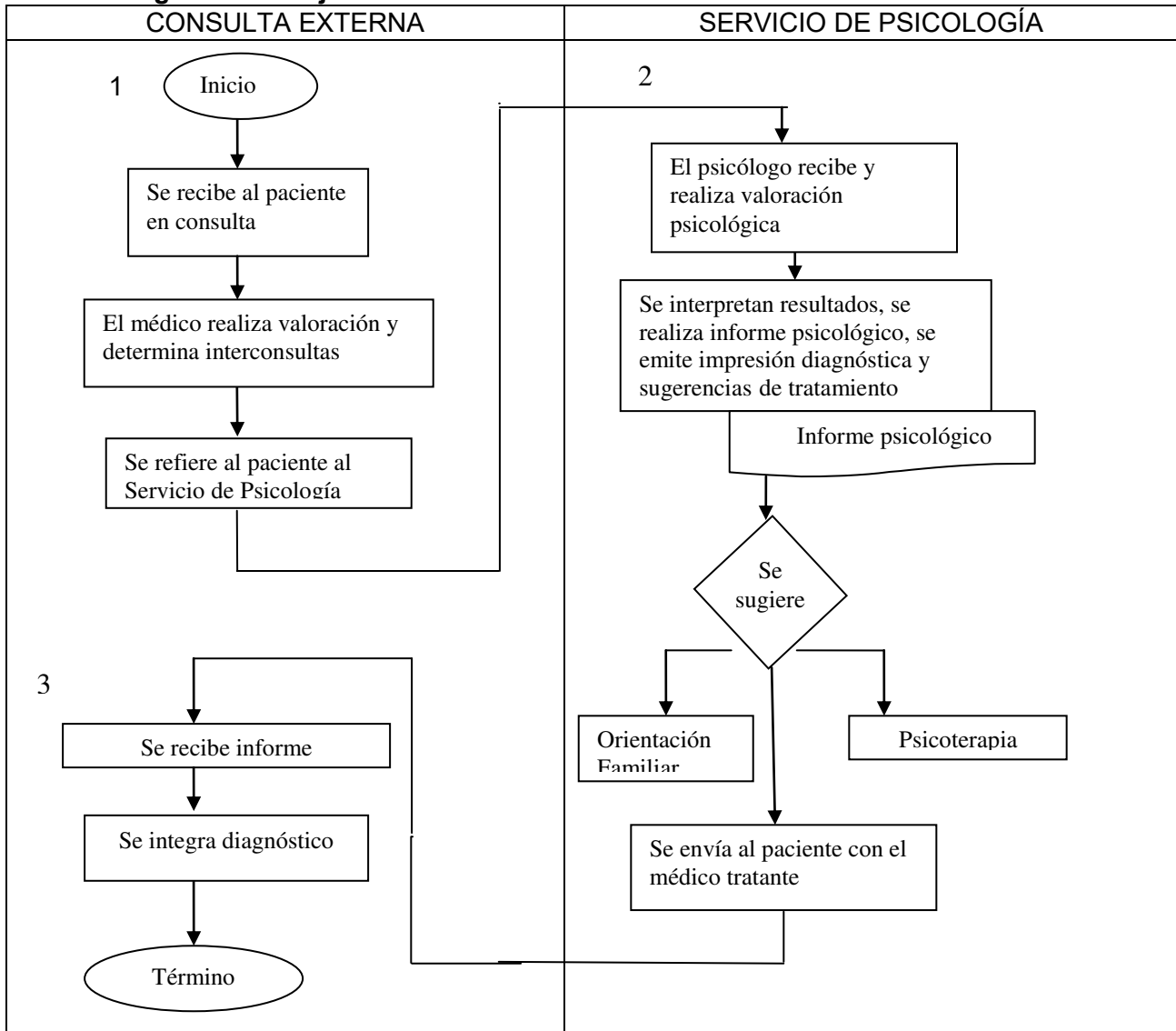
y autoestima, socialización, agresividad, impulsividad y aislamiento, por mencionar algunos. Se establece contrato terapéutico de doce sesiones con posibilidad de recontractar.



**9.5 Taller de Implante Coclear.** En el caso de los pacientes candidatos a implante coclear o pacientes ya implantados se invitan a un Taller Psicoeducativa de Implante coclear donde se desarrollan temas psicológicos alusivos y se favorece la expresión de dudas y emociones tanto en los padres de niños candidatos o implantados, como de pacientes candidatos o implantados adultos. Se realiza con periodicidad trimestral.

## 10. Criterios de alta

- Remisión de sintomatología emocional y/o cognoscitiva del paciente.
- Remisión de sintomatología emocional de la familia.
- Adquisición y estructuración de lenguaje en los pacientes pediátricos en protocolo de Implante coclear.

**11. Diagrama de Flujo**



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 21 de 33		

## 11. Bibliografía

1. Davis, H., Silverman, R. (1985). Audición y Sordera. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.
2. Myklebust, H. (1971) Psicología del Sordo. Editorial Magisterio Español S. A., Distribuido por: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial; Madrid.
3. Furth, H. (1981) Pensamiento sin Lenguaje. Ed. Marova. Madrid.
4. Vygotski, L. (1995) Pensamiento y Lenguaje. Ed. Paidós. México.
5. Piaget, J., Inhelder, B. (1993). La Psicología del Niño. Ed. Morata, Madrid.
6. Marchesi, P. (1995) El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Ed. Alianza Psicológica. Madrid
7. Acosta, R. (2006) La sordera desde la diversidad cultural y Lingüística. Ed. Masson. Barcelona
8. Guía Clínica. Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono. Ministerio de Salud, Santiago, Chile: Minsal, 2007
9. Azcoaga, J., Bello, J., Derman, B. Frutos, W. (1995). Los retardos del lenguaje en el niño. Ed. Paidós. España.
10. Azcoaga, J., Derman, B., Iglesias, P. (1997) Alteraciones del aprendizaje escolar. Ed. Paidós. España.
11. Spilberger, C. (1972) Anxiety: Current trends in theory and research. NY. USA. Academic Press.
12. Agrawal, R., Kaur, J. (2001) Anxiety and Adjustente levels among the visually and hearing impaired and their relationship to locus of control, cognitive, social and biographical variable. American Journal of Psychiatry, 119 (3), 265-270
13. Fellingner, J., Holzinger, D., Gerich, J., Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. Acta Psychiatr Scand. 115, 243-245
14. DSM IV. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. (2003) Ed. Masson. Barcelona
15. Zazove, P. Miador, H., Aikens, J. Nease, D., Gorenflo, D. (2006). Assessment of depressive symptoms in deaf persons. Journal of the American Board of Family Medicina, 19 (2), 141-147
16. Kvam, M., Loeb, M., Tambs, K. (2006) Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depreseion among deaf individual. Oxford University Press, 12, 1-6

## 12. Anexos

### ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK



NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



*Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.*

	POCO O	MAS O	MODERA	SEVER
	NADA	MENOS	DAMENTE	MENTE
1 ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO	_____	_____	_____	_____
2 SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO)	_____	_____	_____	_____
3 DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD	_____	_____	_____	_____
9. TERROR	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO	_____	_____	_____	_____



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 23 de 33		

- 14. MIEDO A PERDER EL CONTROL \_\_\_\_\_
- 15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR \_\_\_\_\_
- 16. MIEDO A MORIR \_\_\_\_\_
- 17. ASUSTADO \_\_\_\_\_
- 18. INDIGESTIÓN, O MALESTAR ESTOMACAL. \_\_\_\_\_
- 19. DEBILIDAD. \_\_\_\_\_
- 20. REBORIZARSE, SONROJAMIENTO \_\_\_\_\_
- 21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA A CALOR) \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 24 de 33		

Anexo 2.



### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_



Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

*En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circula cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.*

1. 0. Yo no me siento triste
  1. Me siento triste
  2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
  3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
  
2. 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
  1. Me siento descorazonado por mi futuro
  2. Siento que no tengo nada para esperar del futuro
  3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
  
3. 0. Yo no me siento como un fracaso
  1. Siento que he fracasado más que las personas en general
  2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
  3. Siento que soy un completo fracaso como persona
  
4. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
  1. Yo no disfruto de las cosas como solía hacerlo
  2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
  3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
  
5. 0. En realidad yo no me siento culpable
  1. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
  2. Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
  3. Me siento culpable todo el tiempo
  
6. 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
  1. Siento que podría ser castigado

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 25 de 33</b>		



2. Espero ser castigado
3. Siento que he sido castigado
  
7. 0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo
  1. Estoy desilusionado de mí mismo
  2. Estoy disgustado conmigo mismo
  3. Me odio
  
8. 0. Yo no me siento que sea peor que otra personas
  1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
  2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
  3. Me culpo por todo lo malo que sucede
  
9. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
  1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
  2. Me gustaría suicidarme
  3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
  
10. 0. Yo no lloro más de lo usual
  1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
  2. Actualmente lloro todo el tiempo
  3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
  
11. 0. Yo no estoy más irritable ahora de lo que solía estar
  1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
  2. Me siento irritado todo el tiempo
  3. Yo no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo
  
12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente
  1. Estoy menos interesado en la gente
  2. He perdido en gran medida el interés por la gente
  3. He perdido todo el interés por la gente
  
13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
  1. Pospongo tomar decisiones más que antes
  2. Tengo mayor dificultad en tomar dicisiones que antes
  3. Ya no puedo tomar decisiones
  
14. 0. Yo no siento verme peor de cómo me veía antes
  1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
  3. Creo que me veo feo (a)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 26 de 33</b>		

15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes  
 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo  
 2. Tengo que obligarme para hacer algo  
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0. Puedo dormir tan bien como antes  
 1. Yo no duermo tan bien como solía hacerlo  
 2. Me despierto uno o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir  
 3. Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
17. 0. Yo no me canso más de lo habitual  
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo  
 2. Con cualquier cosa que hago me canso  
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual  
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo  
 2. Mi apetito está muy mal ahora  
 3. Yo no tengo apetito de nada
19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente  
 1. He perdido más de dos kilogramos  
 2. He perdido más de cinco kilogramos  
 3. He perdido más de ocho kilogramos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



20. 0. Yo no estoy más preocupado por mi salud que antes  
 1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como: dolores, malestar estomacal, o constipación  
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa  
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba  
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora  
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 27 de 33</b>		



Anexo 3

### ESCALA HAMILTON DE ANSIEDAD

RUBRO Y SINTOMAS	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	GRAVE
<b>1. HUMOR ANSIOSO</b> Inquietud, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa, irritabilidad)					
<b>2. TENSION</b> Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en su lugar, incapacidad para relajarse					
<b>3. TEMORES</b> A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud					
<b>4. INSOMNIO</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos					
<b>5. FUNCIONES INTELECTUALES</b> Dificultad en la concentración, mala memoria					
<b>6. HUMOR DEPRESIVO</b> Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día					
<b>7. SINTOMAS SOMÁTICOS (MUSCULARES)</b> Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudida mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado					
<b>8. SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES)</b> Zumbido en los oídos, visión borrosa, sofoco, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
<b>9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles					
<b>10. SINTOMAS RESPIRATORIOS</b> Peso o presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea					
<b>11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES</b> Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento					
<b>12. SINTOMAS GENITOURINARIOS</b>					

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 28 de 33

Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, monorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, disfunción eréctil.					
<b>13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO</b> Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso					
<b>14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</b> Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos					



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 29 de 33		

Anexo 4

### ESCALA HAMILTON DE DEPRESIÓN



RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
<b>1. ANIMO DEPRIMIDO</b>	0-4	0=ausente 1=lo indica sólo si se le pregunta 3=lo comunica por expresión facial 4=expresión verbal y no verbal	
<b>2. SENTIMIENTO DE CULPA</b>	0-4	0=ausente 1=autorreproche, ha defraudado a la gente 2=ideas de culpa o tener en mente errores pasados o pecados 3=la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa 4=voces acusatorias o denunciatoria, alucinaciones amenazantes	
<b>3. SUICIDIO</b>	0-4	0=ausente 1=siente que no vale la pena vivir 2=desea estar muerto o piensa en una posible muerte 3=ideas o gestos suicidas 4=intentos de suicidio	
<b>4. INSOMNIO INICIAL</b>	0-2	0=sin dificultad para dormir 1=dificultad ocasional para dormir (más de media hora) 2=dificultad para dormir cada noche	
<b>5. INSOMNIO MEDIO</b>	0-2	0=sin dificultad 1=inquieto o alterado por la noche 2=se despierta durante la noche, todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2 (excepto si es para ir al baño)	
<b>6. INSOMNIO TERMINAL</b>	0-2	0=sin dificultad 1=pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones 2=pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o	



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 30 de 33		

		<p>trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades)</p> <p>3=reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades</p> <p>4= dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda.</p>	
<b>7. TRABAJO Y ACTIVIDADES</b>	0-4	<p>0= Sin dificultad</p> <p>1=pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones</p> <p>2=pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades)</p> <p>3= reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades</p> <p>4= dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda</p>	
<b>8. RETARDO</b>	0-4	<p>Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora</p> <p>0= habla y pensamientos normales</p> <p>1= ligero retraso</p> <p>2= retraso obvio en la entrevista</p> <p>3= entrevista difícil</p> <p>4= completo estupor</p>	
<b>9. AGITACIÓN</b>	0-4	<p>0= ninguna</p> <p>1= intranquilidad</p> <p>2= "juega" con las manos, el cabello, etc.</p> <p>3= continuo movimiento, no puede quedarse quieto</p> <p>4= se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.</p>	
<b>10. ANSIEDAD</b>	0-4	<p>0= sin dificultad</p>	

<b>PSIQUICA</b>		1= tensión e irritabilidad subjetivas 2= se preocupa por detalles 3= actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4= expresa sus temores sin que se lo pregunten	
<b>11. ANSIEDAD SOMÁTICA</b>	0-4	Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. GASTROINTESTINALES: boca seca, flatulencias, diarrea, cólicos, eructos. CARDIOVASCULARES: palpitaciones, cefalea. RESPIRATORIOS: hiperventilación, suspiros. OTROS: micción frecuente, sudoración. 0= ausente 1= leve 2= moderada 3= severa 4= incapacitante	
<b>12. SOMÁTICO GASTRO-INTESTINAL</b>	0-2	0= ninguno 1= pérdida de apetito, pero come sin estímulo por parte del personal; sensación de pesadez abdominal 2= dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales	
<b>13. SOMÁTICO GENERAL</b>	0-2	0= ninguno 1= pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil 2= cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2	
<b>14. GENITAL</b>	0-2	Disminución de la libido y alteraciones menstruales 0= ninguno 1= leves 2= severps	
<b>15. HIPOCONDRIASIS</b>	0-4	0= ausente 1= auto-absorción corporal 2= se preocupa por su salud 3= se queja frecuentemente, solicita ayuda 4= delirios hipocondriacos	
<b>16. INSIGHT (INTUICIÓN)</b>	0-2	0= reconoce estar deprimido y enfermo 1= reconocer estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2= niega por completo estar enfermo	

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 32 de 33



<b>17. PÉRDIDA DE PESO</b>	0-2	0= sin pérdida de peso 1= pérdida de peso ligera o dudosa 2= pérdida de peso obvia o severa	
----------------------------	-----	---	--

**CUESTIONARIO DE EXPECTATIVOS EN NIÑOS**  
 (Responda Verdadero o Falso)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Una vez que nuestro hijo reciba el Implante Coclear:

1. Será posible tener una conversación con nuestro hijo cuando haya el ruido ambiental en el comedor, solo si me está mirando.
2. La música le sonará normal.
3. El/ella necesitará más entrenamiento para hacer el mejor uso de los nuevos sonidos.
4. Será fácil entender el habla sin lectura labial.
5. Podremos tener conversaciones limitadas en el teléfono, con práctica.
6. El/ella será capaz de controlar mejor el volumen de su voz.
7. El ruido de fondo aún hará más difícil la comunicación.
8. El/ella podrá reconocer algunos sonidos ambientales después de un tiempo de uso del implante y entrenamiento.
9. La lectura labial no será una parte importante de su comunicación.
10. Podrá ser difícil aprender a reconocer todos los sonidos.
11. Será difícil para él/ella seguir una conversación cuando varias personas estén hablando al mismo tiempo.
12. Su sordera ya no será un problema.
13. Él/ella asegurará un mejor desempeño escolar debido a la mejor audición.
14. Está bien que mi hijo(a) use el procesador de otra persona.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DRI-08
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 33 de 33

### Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de Contenido, actualización de la imagen institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20