



117
21

Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

La Participación del Trabajador Social en la Dinámica Familiar del Niño con Problemas de Audición y Lenguaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N

Ma. Magdalena Rodríguez Alfaro
Luz del Carmen de la Rosa de León

MEXICO, D.F.

1991



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 está 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.

INDICE.

Introducción	I
Capítulo I.- Los problemas de audición y lenguaje en México.	
1.1. Antecedentes Históricos	2
1.2. Políticas Sociales	5
1.2.1. Instituciones enfocadas a su tratamiento	9
1.2.2. Instituto Nacional de la Comunicación Humana	11
1.2.3. El Trabajador Social dentro del Instituto Nacional de la Comunicación Humana	12
Capítulo II.- Niños con Problemas de Audición y Lenguaje.	
2.1. Aspectos generales de la Comunicación, Lenguaje y Audición	15
2.2. Trastornos de Audición y de Lenguaje.	
2.2.1. Problemas de audición.	
2.2.1.1. Definición	18
2.2.1.2. Tipos, Características y Causas de la Hipoacusia	18
2.2.2. Problemas de lenguaje.	
2.2.2.1. Definición	24
2.2.2.2. Principales trastornos del lenguaje	
2.2.2.2.1. Afasia	
2.2.2.2.2. Definición	25

2.2.2.2.3. Clasificación y Características,	
Causas	27
2.2.2.2.4. Afasias infantiles	30
2.2.2.2.5. Otras afasias	
A) Alalias o Audiomudez	32
B) Síndrome Anartrico	32
2.2.2.2.6. Apraxia.	
2.2.2.2.7. Definición.	34
2.2.2.2.8. Tipos, Características	35
2.2.2.2.9. Disartrias	
2.2.2.2.10. Definición	36
2.2.2.2.11. Causas, Características	38
2.2.2.2.12. Dislalias,	
2.2.2.2.13. Definición	39
2.2.2.2.14. Causas	41
2.2.2.2.15. Disfasias.	
2.2.2.2.16. Definición	41
2.2.2.2.17. Características	41
2.2.2.2.18. Causas	
A.- Factores afectivos y emocionales	42
B.- Factores ambientales	42
2.2.3. Retardo del lenguaje y del habla	43
2.2.3.1. Disfemia.	44
2.2.3.2. Definición	44
2.2.3.3. Clasificación, Características	44
2.2.3.4. Causas	46

2.2.3.5. Dislexia	46
2.2.3.6. Definición	46
2.2.3.7. Causas, Características	47
2.3. Tratamiento	48

Capítulo III.- La Educación y la Familia.

3.1. Definición de Familia y Educación	51
3.2. Características y funciones de la familia	53
3.3. La Educación Familiar	56
3.3.1. La importancia de la participación familiar con los niños afectados por los problemas - de audición y lenguaje	61
3.4. La Educación Social	66
3.5. El Papel del Trabajador Social en la Educación	69

Capítulo IV.- Metodología de la Investigación.

4.1. Objetivos	72
4.2. Hipótesis	72
4.3. Justificación	72
4.4. Planteamiento del Problema	73
4.5. Elaboración del Instrumento.	74
4.6. Selección de la Muestra	74
4.7. Recolección de datos	75
4.8. Análisis e interpretación de datos	109
4.9. Presentación de resultados	112

Capítulo V.- Programa: Educación a padres de familia de niños
con problemas de audición y de lenguaje.

5.1. Justificación	114
5.2. Objetivo General	115
5.3. Objetivos Específicos	115
5.4. Metas	115
5.5. Límites	116
5.6. Recursos Humanos y Materiales	116
5.7. Funciones y Actividades	117
5.8. Metodología	118
5.9. Evaluación	119
CONCLUSIONES	121
SUGERENCIAS	124
BIBLIOGRAFIA	127
ANEXOS	139

INTRODUCCION.

Existen diferentes áreas de intervención donde el trabajador social se desarrolla de manera profesional, donde actúa y pone en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica, ya que la sociedad junto con sus problemas sociales, económicos y políticos están en constante movimiento y esta realidad necesita de cambios por parte de profesionistas que como el trabajador social los busca a través de su quehacer profesional.

Esta participación del trabajador social dentro de las instituciones debe ser integral, a fin de proporcionar a todos aquellos que lo necesitan los medios para lograr resolver sus problemas, por lo que el interés es que este trabajo contribuya a un mejor papel del trabajador social dentro del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, en particular con problemas de audición y lenguaje.

Se considera que el núcleo de la sociedad es la familia, por lo que se analiza la problemática familiar de los niños que padecen de alguna enfermedad auditiva o de lenguaje, siendo el objetivo general del estudio el contribuir al bienestar individual y social del niño con problemas de audición y lenguaje, mediante una adecuada orientación familiar, con la finalidad de que el trabajador social pueda contribuir en ese bienestar individual y social con una serie de actividades que permitan lograrlo.

Esto es importante, ya que la familia al tener a un miembro-

con problemas de audición o de lenguaje, tiene un desequilibrio emocional, psicológico y armónico por parte de todos sus miembros lo que ocasiona el poco avance o el estancamiento del tratamiento del niño que padece este problema.

Así en el presente trabajo se analizan los antecedentes históricos que permiten entender y comprender como ha evolucionado el estudio de los problemas de audición y lenguaje hasta la creación del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, enfatizando en este último las funciones y actividades del trabajador social, así como los objetivos que persigue tal instituto.

En un segundo capítulo se revisan aspectos relacionados con problemas de audición y lenguaje, describiendo conceptos, tipos causas, características y tratamiento de estos problemas; para tener un panorama general de tales enfermedades.

En el tercer capítulo se analiza a la educación y la familia y la vital importancia que reviste la participación familiar para sostener la educación y rehabilitación que ha recibido el niño dentro del instituto, para no perder los avances logrados; además de la importancia de la participación del trabajador social como un elemento fundamental que determina la participación activa de los padres de familia en la educación de los niños afectados con ese tipo de problemas.

Finalmente se describe la metodología utilizada para esta investigación en la cual se incluye la investigación de campo y presentación de resultados. Esto lleva a proponer un programa de trabajo para ser aplicado dentro del Instituto Nacional de -

la Comunicación Humana.

CAPITULO I.

LOS PROBLEMAS DE AUDICION Y LENGUAJE EN MEXICO.

1.1. Antecedentes Históricos.

Se puede decir que hasta antes de 1800, no existía un estudio claro y específico de lo que es el lenguaje.

Si bien ya desde los griegos y romanos se daba un estudio de él (con Varro); no era sistemático y claro. Durante la edad media solamente se utilizó el latín y hacia él se enfocaron los clérigos era una tarea de ellos nada más, pero solamente como un instrumento no estudiándolo como una lengua.

Posteriormente, en Francia, se inicia a partir de 1660 una serie de estudios encaminados a una gramática general y para 1710 con G. W. von Leibnitz se le da al estudio del lenguaje una orientación empírica, pero dejando ver la necesidad de que se hicieran comparaciones entre los diferentes lenguajes.

En 1791 se hacen las primeras observaciones del oído afectado de la sordomudez, en un niño de 8 años sordomudo congénito, muerto por gangrena del pie; lo que provocó varias investigaciones científicas para conocer las causas. En 1821 aparecen los primeros intentos de rehabilitación del sordomudo, creándose un instrumento de medición de la audición llamado "akumete".

Al mismo tiempo se hacían estudios de lenguaje y en 1863 con H. Kiencke de Leipzig se da una clasificación de la disfemia en cinco tipos y abre una clínica para el internamiento y tratamiento de los tartamados.

Ya para 1960 se funda la asociación española de Logopedia y Foniatria y a la cual, en 1972 se le añade Audiología, inicián-

do oficialmente la enseñanza de Logopedia en España.

En 1972 se crea la Unión Europea de Foniátras que engloba a unos 400 especialistas. (1)

Mientras las investigaciones científicas y médicas avanzaban en Europa en torno a los problemas de audición y lenguaje en América Latina sucede lo mismo y en específico en México, primer país de Latinoamérica que se da a la tarea de ayudar a las personas que presentan problemas de audición y lenguaje, durante el sexenio del presidente Licenciado Don Benito Juárez que en respuesta a la propuesta de un grupo de intelectuales de la época, emitió un decreto en el que se establecía la creación de la Escuela Nacional para Sordomudos.

Esta atención es frenada por un decreto del 28 de Noviembre de 1861 de la ley de Instrucción Pública, sin embargo, a causa de la guerra de intervención, este decreto no tuvo efecto.

Más tarde, durante el gobierno del general Porfirio Díaz, se formuló un reglamento apoyado en la ley anterior, en el que se pone de manifiesto la necesidad de elevar a los sordomudos por encima de su condición de inválidos, precisando que se les otorgaran: "conocimientos semejantes a los que recibían los niños normales", a través de la instrucción primaria de la época y reconociendo a su vez la necesidad de impartirles enseñanza para-

(1) Perello, Fundamentos Audiofonológicos, Edt. Científico-Médica, España, 1976, pp. 65-81

adiestrarlos en diversos oficios compatibles con su estado.

Posteriormente se hicieron adaptaciones en el antiguo cuartel de Teresitas; situado en el número 6 de la actual calle de Mixcalco, donde se estableció un centro para la atención de sordos y ciegos de ambos sexos, poniendo en práctica los nuevos conocimientos, métodos y procedimientos en la educación especializada de ese tipo de inválidos.

Más tarde resalta la acción que realiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1953 y el Doctor Andrés Bustamante Guerra en el mismo año, quien crea la Dirección General de Rehabilitación y considera a la invalidez como un problema de salud - que requiere para su solución de acciones múltiples y coordinadas entre sí. Intuye y racionaliza la importancia del problema individual y sus repercusiones sociales y laborales, traídas ahora al plano de la conciencia universal de la O.N.U.. En el mismo año funda el Instituto Nacional de Audiología el primero en el mundo en su género. (2)

Fue a finales de 1953 cuando se construyó el edificio del -- Instituto de Audiología y Foniatría, al que posteriormente se fusionaron los centros de rehabilitación 7 y 8 dependientes de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Hacia 1969, se fusiona el Instituto de Audiología y Fonia---

(2) Revista, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, 1985 México.

tría con la Escuela Nacional de Sordomudos, para así constituir el actual Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

1.2. Políticas Sociales.

Dentro de las políticas sociales que se contemplan en el --- Plan Nacional de Desarrollo de este sexenio, las que se analizan para el trabajo de investigación son las de Salud, Asistencia y Seguridad Social. En estas se destaca lo siguiente:

"La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las - interacciones económicas, sociales y culturales, y es, con ella un componente sinérgico del bienestar social. Así la salud es - un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad -- que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos".(3)

También se habla de como la asistencia y la seguridad social son un complemento de la salud y ayudan a la clase desprotegida por lo que la asistencia social persigue: "incorporar a los individuos que lo requieren, a una vida digna y equilibrada en lo económico-social, principalmente menores en estado de abandono- y en general desamparados y minusválidos. La seguridad social a tiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; --

(3) Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, México, p. 104

protege el poder adquisitivo de su salario, otorga apoyos financieros y garantiza la protección en caso de accidente, jubilación, cesantía y muerte".(4)

Ahora bien, el objetivo de estas políticas, es importante ya que permite entender lo que se persigue dentro del área de salud, por lo que el objetivo de estas políticas es que: "se persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios".(5)

Por otro lado las estrategias a seguir en el área de salud son cuatro, mediante las cuales se espera una mejor participación de todos aquellos que intervienen en ella. Las estrategias son:

- 1.- Elevación de la calidad en los servicios de salud. La calidad en la prestación de los servicios médicos será motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solución del problema motivo de la consulta.
- 2.- Atender las desigualdades sociales. Se concederá prioridad-

(4) Op cit., pp. 104-105.

(5) Ibidem, p. 105

especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en la atención primaria a la salud. De fundamental importancia será vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda, disponibilidad de agua potable, educación y saneamiento ambiental; que impulsará el programa de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema.

3.- Modernizar el sistema de salud. Se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de salud individual, familiar y colectiva; esto se hará a través de la educación para la salud y del desarrollo de acciones de fomento y protección, donde colaboren las empresas y los organismos empleadores, los centros de educación, los distintos niveles de gobierno y las asociaciones sociales, profesionales y cívicas que comparten responsabilidades o interés en la protección de la salud. Se impulsará la prevención de lesiones por accidentes. La salud en el trabajo y la salud mental serán objeto de programas prioritarios.

4.- Descentralizar y mejorar la coordinación de los servicios de salud. Para cumplir con las políticas nacionales de salud, y asegurar el desarrollo de los programas de mediano plazo, se reforzará la coordinación funcional del sistema Nacional de Salud. Se adecuará el marco jurídico de la salud a las condiciones actuales, y se establecerán mecanismos de planeación y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicios de recur-

sos. Se consolidará El Sistema Nacional de información sobre Infraestructura, Programas, Productividad, Control de Impacto de los Servicios de Salud.(6)

Teniendo en cuenta este objetivo y estas estrategias dentro de la política de Salud se creó un programa de salud, que contempla un diagnóstico sobre la situación de la salud en México, los factores que condicionan a la salud y los avances en los -- principales problemas; así como cuatro programas dirigidos o en caminados a un mejor bienestar individual y social de la población.

Dentro de estos cuatro programas, se encuentra el programa - de rehabilitación que se orienta hacia el manejo oportuno de las deficiencias, incapacidades e invalideces del aparato locomotor y de la comunicación humana, así como de las deficiencias visuales y mentales, el cual tiene como objetivo el contribuir a la restauración funcional y en lo posible orgánica de las personas que sufren deficiencias, incapacidades o invalideces, propician do su ajuste psicosocial y su incorporación a la vida social y productiva.

Este programa tiene como líneas estratégicas integrar la rehabilitación en el sistema nacional de salud con la participación de personal de los tres niveles de atención, coordinar los recursos para la rehabilitación disponible en las instituciones

(6) Ibidem, pp. 105-106

con el fin de aprovecharlos al máximo formar al personal profesional, técnico y auxiliar para la rehabilitación, en coordinación con las instituciones educativas, media y superior.

Además de que se atiendan los problemas de salud como deficiencias, incapacidades e invalideces del aparato locomotor y de órganos de la comunicación humana, la deficiencia mental y el síndrome de Down; así como promover la investigación científica en materia de rehabilitación y en particular, para la producción de prótesis, ortesis, ayudas auditivas y otros. (7)

1.2.2. Instituciones Enfocadas a su Tratamiento.

Para la atención de los problemas de audición y lenguaje es necesario la detención y atención oportuna y temprana de ellos para ayudar a su pronta recuperación.

Pero existen los problemas de desorientación, poca o nula información sobre las instituciones que pueden atender el problema, lo que provoca que a algunos niños no se les detecte el problema a tiempo y les ocasiona dificultades en la escuela, en la familia o con el grupo de amigos.

Es por eso que se considera importante el tener conocimiento sobre las instituciones que se encarga del tratamiento de los problemas de audición y lenguaje; y no solo eso si no que aque-

(7) Programa Nacional de Salud 1990-1994, Secretaría de Salud, México, 1990, pp. 39-40.

llas que dan una atención especial para niños con problemas auditivos y de lenguaje.

Una de las principales instituciones que se da a la tarea de la rehabilitación de estos problemas es el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, el cual es el único a nivel de instituto, en América Latina y que atiende no solo problemas de audición y lenguaje sino que además da atención a los problemas de comunicación, como son: retardo del lenguaje, paladar hendido, mal pronunciamiento u omisión de letras, pérdida del habla, etc En este se hace una valoración sobre el problema, para ser atendido dentro del instituto o ser canalizado a algún centro de -- Educación Especial o Clínica particular para seguir con su tratamiento.

Además del Instituto, existen centros especiales y escuelas de educación especial que dan atención a niños que presentan estos problemas, los cuales fueron canalizados, del Instituto, ya que este cuenta con aparatos que permiten un mejor estudio y -- diagnóstico del problema.

En estas escuelas o centros se les da terapia a los niños en función de sus horarios de clases normales, es decir, dependiendo del turno en que asisten a las escuelas públicas.

Los centros y escuelas están localizados en distintos puntos de la República facilitando hasta cierto punto el traslado de -- una escuela a otra.

1.2.2. Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

El edificio del Instituto Nacional de la Comunicación Humana fue construido en el año de 1953 y reconstruido en el año de -- 1968.

Este instituto tiene como finalidad lograr la rehabilitación integral de inválidos con técnicas específicas de diagnóstico, -tratamiento y educación, que permiten integrar al paciente a su comunidad.

Ahora bien, las funciones específicas que se realizan dentro de el son:

A.- Prevención.- El personal que labora dentro del instituto se encarga de evitar la aparición de secuelas invalidantes, mediante la educación y estudios que se realizan en jardines de niños primarias, etc., para su detección oportuna.

B.- Diagnóstico.- Este se realiza para conocer el tiempo y grado de alteraciones que se presentan en los pacientes, para el -cual se realizan varios estudios que básicamente son indispensables.

C.- Rehabilitación.- Aquí se integra al inválido a la vida so--cial y económica del país dentro de un marco humanístico.

D.- Docencia.- Se forman y desarrollan grupos de profesionales-especializados en la rehabilitación de inválidos de la comunicación humana.

E.- Investigación.- Se realiza para la obtención de nuevos conocimientos aplicables a la prevención de inválidos y a la rehabi

litación de invalideces de la comunicación humana, que permiten mejorar las técnicas y procedimientos.

El Instituto Nacional de la Comunicación Humana cuenta con dos escuelas: matutina y vespertina para niños con hipoacusia que requieran educación especial.

Esta consiste en la utilización de métodos especiales y de material didáctico adaptado, para permitir la enseñanza escolar básica.

Esta actividad Pedagógica se realiza en forma coordinada con la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Secretaría de Educación Pública.

1.2.3. El Trabajador Social dentro del Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Existen diversas funciones que un trabajador social puede realizar dentro de su área de intervención, pero en muchas ocasiones tales funciones no pertenecen al quehacer profesional del trabajador social.

Tal es el caso de los trabajadores sociales que laboran dentro del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, en donde su participación se concreta a ingresar pacientes que padezcan de alguna enfermedad auditiva o del lenguaje, a quienes se les dan citas con los diferentes especialistas para llevar a cabo un estudio más profundo del problema. En caso de no ser aceptado en el instituto las trabajadoras sociales los canalizan a o-

tras instituciones, dándoles orientación de como poder resolver su problema y a donde dirigirse.

Cabe mencionar que en el instituto trabajan 6 trabajadoras - sociales, tres en el turno matutino y tres en el turno vespertino, por lo que el trabajo aunque no corresponde en su totalidad al quehacer profesional de ellos tiene que cubrirse dejando a un lado las verdaderas tareas que pueden realizarse.

Además de esto los trabajadores sociales realizan estudios - socioeconómicos, cuando son aceptados, para determinar la cuota que aportan en el trascurso del tratamiento.

Otras de las actividades que hacen, es la de intervenir en - la obtención de los aparatos para los niños que tienen problemas auditivos, ya que estos son muy costosos, por lo que el trabajador social solicita donaciones de pacientes que los han dejado de usar, para quien lo necesite.

Finalmente, otras de las funciones que pudieran hacer y no - realizan es, dar pláticas de orientación a padres de familia -- las cuales se daban en un tiempo, pero estas se dejaron de impartir sin saber el motivo. Estas pláticas actualmente las imparten terapeutas o doctores del instituto.

Por lo que respecta a las visitas domiciliarias no se realizan, siendo necesarias, ya que muchos pacientes dejan de ir a - sus terapias sin exponer el motivo de sus ausencias, tarea que - corresponde al trabajador social.

CAPITULO II.

PROBLEMAS DE AUDICION Y LENGUAJE.

2.1. Aspectos Generales de la Comunicación, Lenguaje y Audición

El ser humano es un ser social, que necesita convivir y vivir junto a semejantes suyos, y para lograrlo utilizan la comunicación. Por medio de la comunicación, los hombres practican su capacidad de relacionarse entre sí y con todo lo que le rodea. La comunicación es un acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca un común significado.

La comunicación se dá por los siguientes pasos: existe en primer lugar, la intención, momento inicial por lo que un individuo decide iniciar el proceso de la comunicación, en busca de un determinado fin. También se requiere de el contenido, siendo la carga de información o sentido que se pretende transmitir; por último, medio es el conjunto de instrumentos que utilizan el hombre y que en última instancia hacen posible la real expresión de lo que se quiere comunicar. (8)

El proceso de la comunicación es muy simple: se requiere básicamente de un emisor, un mensaje y un receptor; este proceso puede enriquecerse y se puede aumentar cuando el mensaje es devuelto y el emisor cumple con dos papeles, el de emisor y el de receptor, lo mismo acontece con el receptor, pues tomará además el papel de emisor. Es importante señalar que debe existir una

(8) Ortuño Martínez Manuel, Teoría y Práctica de la Lingüística Moderna, Edt. Trillas, México, 1982, pp. 15-17.

especie de código previo que les da la oportunidad de entenderlo que el otro intenta dar a conocer; de otra forma, el mensaje se perdería. (9)

Existen varios tipos de comunicación, como la oral, la escrita, las expresiones corporales, etc. En este sentido, se hablará básicamente de la comunicación oral, comprendiendo en ella - dos elementos básicos: el lenguaje como un aspecto inicial de comunicación y el de lograr estudiar el mensaje que por medio - del lenguaje nos fué enviado.

Pero no solamente se le considera como lenguaje el utilizado para hablar y que se expresa con las palabras, existe por ejemplo, el lenguaje corporal o el que utilizan algunos animales, - pero en este trabajo se tomará solo en el sentido anotado inicialmente.

Adelantando un poco, se indicará que no en pocas ocasiones - se presentan dificultades en la escritura de algunas personas - que tienen problemas o bien de audición o bien de lenguaje, pero serán solamente marcados como consecuencia de los que nos ocupan en ocasiones en la elaboración de esta tesis.

Así pues, al lenguaje se le podría definir como "la capacidad que tiene el ser humano que vive en sociedad para inventar, organizar y desarrollar un peculiar sistema de signos lingüísti

(9) Paoli J. Antonio, Comunicación e Información, Edt. U.A.M., México, 1986, pp. 28-31.

cos, lo que le permite establecer todo tipo de comunicación para expresar a los demás todo lo que se desea: experiencias, emociones, vivencias, por medio de ciertas unidades sonoras y significativas, dotadas de características especiales."(10)

La unidad básica del lenguaje es la palabra, que es la sucesión de sonidos dispuestos en un orden convencional y que es asignada a describir específicamente algo.(11)

Esto es lo que toca al lenguaje, definamos ahora la segunda parte de la investigación: la audición.

La audición está definida como la estimulación del oído humano provocado por las diferentes gamas de sonidos.

Esta definición de audición no se queda aquí, el hombre no es el único ser que escucha, para efectos de este estudio se hablará solo de lo que el ser humano puede oír.

Los sonidos son aquellos que son percibidos por el oído. Es una perturbación mecánica propagada en la materia por ondas longitudinales de comprensión y descomprensión".(12) Los sonidos tienen una gama limitada de frecuencias, pues hay ciertos sonidos ya por su alta o baja frecuencia, escapan a la percepción -

(10) Ortuña Martínez M., Op cit., p. 20.

(11) Pei. , La Maravillosa historia del lenguaje, Edt. Espasa-Calpe, Madrid, 1965, pp. 77-78.

(12) Lowenstein, Otto E. ,Los Sentidos, F.C.E., México, 1978, p. 126.

del sonido que hace el hombre por medio de sus órganos de los sentidos. A continuación, se analizarán las principales alteraciones que se pueden presentar tanto en el lenguaje como en la audición.

2.2. Trastornos de Audición y de Lenguaje.

2.2.1. Problemas de Audición.

2.2.1.1. Definición.

A los trastornos auditivos también se les llama hipoacusias, y en términos generales, podrían ser definidos como todas aquellas alteraciones del oído, las cuales disminuyen la capacidad auditiva del individuo.

Existen diferentes niveles y clasificaciones de las hipoacusias, e aquí las más importantes.

2.2.1.2. Tipos, Características y Causas de las Hipoacusias.

Juan Azcoaga, en el estudio que hace acerca de la hipoacusia las divide en tres tipos:

A.- Hipoacusias Severas.- Indica que, generalmente, aquellos -- que las padecen, las manifiestan en forma temprana.

Comunmente, los niños durante el primer trimestre de su vida comienzan a diferenciar y a identificar las fuentes de los sonidos que escuchan constantemente ésto lo demuestran girando su cabeza hacia la fuente de origen. Posteriormente, la manifesta-

ción de esa diferenciación se extienda hacia la propia emisión de sonidos y ruidos de los pequeños.

Esto no sucede con los niños que padecen de alteraciones auditivas graves, pues su llanto y los sonidos que emitan presentaran una modulación uniforme, sin variaciones, indicando así - una falla en la recepción de sonidos.

Más tarde, esa deficiencia se manifestará plenamente en el lenguaje, pues, escasamente lo podrá desarrollar, dificultándose la adquisición de vocabulario. Estas deficiencias y carencias serán evidentes durante la etapa escolar.

B.- Hipoacusias Medianas y Leves.- Los Trastornos de hipoacusias mediana o leve se detectan por lo comun durante la etapa preescolar y escolar, y casi siempre se manifiesta por una alteración en el comportamiento del niño: o es muy agresivo o por el contrario, se inhibe hasta aislarse de sus demás compañeros de escuela. Su voz es desagradable, carece de modulación, de inflexiones, o bien, su intensidad es pobre o es exagerada. La articulación de sus palabras presenta sustitución de consonantes o una lentitud en su articulación. Son aparentemente distraídos puesto que algunos sonidos escapan a su recepción.

En el caso de los hipoacúsicos leves es más difícil detectar los, pues sus fallas en cuanto a la articulación, modulación de la voz, o a su comportamiento es casi imperceptible. (13)

Por otro lado, para los estudiosos Pracy, Siegler y Stell la hipoacusia se podría dividir en dos tipos: la temporal y la permanente, de los cuales, se abordará solamente la permanente.

Afirman que de cada 10,000 niños por lo menos uno presenta algún problema de hipoacusia siendo generalmente identificado - aquel al hablar.

Durante los primeros cuatro meses de su vida, el niño se acostumbra a los ruidos de su medio ambiente y hacia el final de este período comienza a asociar ruidos y sonidos con personas o cosas, según corresponda; gira la cabeza para localizar la fuente del sonido.

Hacia los doce meses de edad, promedio, pronuncia la primera palabra, a los dos años tiene 24 palabras y a los tres tiene -- 300 palabras. Entre los tres y los cinco años y medio el niño adquiere el lenguaje.

Para estos autores, existe básicamente el tipo de hipoacusia congénita, debido a varias causas:

- a) a la tendencia familiar de que varios integrantes de la familia hayan padecido anteriormente.
- b) el padecimiento de enfermedades tales como la rubeola por -- parte de la madre durante la sexta a octava semana de gestación.
- c) algunas veces, las hipoacusias pueden, ocasionarse por la sífilis materna.
- d) en otras ocasiones se puede deber, a una deficiencia en el -

{13) Azcoaga, Juan E., Criterios para diferenciar los trastornos del lenguaje en el niño, Edt. Prensa Médica Mexicana México, 1980, pp. 17-21.

suministro de oxígeno.

En todo caso, esta hipoacusia congénita, engloba a la mayoría de los hipoacúsicos. (14)

Otros autores, como Alves García o Launay, consideran como sorderas a las hipoacusias, con diferentes niveles y causas.

Para Alves García puede ser hereditaria, congénita, o adquirida aumentando los riesgos cuando ambos padres son sordos.

El 25% de los casos son sorderas congénitas y provienen de lesiones traumáticas obstétricas, infecciones del oído, así como malformaciones; aquí también Alves García incluye trastornos como la rubeola, escarlatina, o fiebre tifoidea entre otras.

De cualquier modo, para este autor, las alteraciones del oído se reflejan perfectamente en las alteraciones del lenguaje.

Por lo que toca a Launay, divide en cuatro niveles los (15) problemas auditivos:

1.- Deficiencias auditivas medias.- Requiere que se le hable con cierta intensidad, además, el niño presenta problemas de lenguaje.

2.- Deficiencias auditivas ligeras.- El niño es considerado solamente como distraído al cual hay que repetirle varias veces -

(14) Pracy, R., et. al, Oídos, nariz y garganta, Edt. C.E.C.S.A México, 1978, pp. 20-22

(15) Alves García, J. Trastornos del Lenguaje, Edt. Alfa, Buenos Aires, 1958, p. 123.

lo que dicen otros.

3.- Deficiencias auditivas severas.- Solo percibe la voz fuerte e incluso puede llegar a los 4 o 5 años sin lograr hablar.

4.- Deficiencias auditivas profundas.- Solo logra percibir ruidos fuertes.

Así mismo indican los porcentajes que de acuerdo a un estudio realizado sobre 4,000 casos fueron arrojados:

deficiencias auditivas de origen genético	21.5%
deficiencias auditivas de origen pre-natal	11.5%
lesiones neonatales	5.5%
deficiencias auditivas por causas infecciosas	12.5% (16)

Finalmente el Doctor Jorge Perelló les llama sorderas y los clasifica de la siguiente forma:

- 1.- Sordera hereditaria
- 2.- Sordera adquirida prenatal
- 3.- Sordera adquirida postnatal

1.- Sordera hereditaria.- Esta causa es unicamente aplicable a algunos casos, pues mientras ciertas pacientes padecen sordera por antecedentes familiares y genéticos, otros no la presentan, aún y cuando existan esos antecedentes.

2.- Sordera adquirida prenatal.- Es adquirida durante la fecundación o el desarrollo prenatal. Puede derivarse de varias -

(16) Alves García, J., Op cit. , pp. 226-233

causas:

- a) causas infecciosas
- b) causas tóxicas
- c) causas traumáticas

a) Causas infecciosas.- Se encuentran entre otras la encefalitis, meningitis, rubeola, sífilis, otitis y tuberculosis.

b) Causas tóxicas.- Son aquellas producidas por sustancias tóxicas que fueron empleadas generalmente durante el embarazo.

c) Causas Traumáticas.- Puede producirse la sordera por un golpe y tener como consecuencia una lesión craneal del niño,--- bien sea una fisura o fractura. Además se considera como consecuencia la sordera cuando se produce por un parto largo o por inadecuado uso del instrumento quirúrgico. (17)

Actualmente y la mayoría de los tratadistas así lo indican, se les llama hipoacusias, agrupadas fundamentalmente entre grupos:

- a) Hipoacusias Leves.
- b) Hipoacusias Medias.
- c) Hipoacusias Severas.

Cada una dependerá del nivel de lesión que presente el oído y de las consecuencias que para el niño haya acarreado. Así, -- van desde las más leves, tanto que apenas se pueden detectar, -

(17) Perelló, Jorge, Audiofoniatría y Logopedia G. Sordomudez
Edt. Científico Médica, España, 1978, pp. 29-42.

hasta las más graves, las cuales representan para el niño un -- verdadero problema que abarca el aprendizaje, la capacidad para comunicarse con los que le rodean y trastornos de conducta.

Estas hipoacusias se pueden deber a varios factores, por --- ejemplo a la herencia, que como se pudo ver anteriormente no to dos condiden con ellos, si implica un factor que predispone al niño a padecerlas.

También se señalan como causas o problemas derivados durante la gestación, debido muchas veces a infecciones, a la exposición o ingestión de sustancias tóxicas o a traumatismos.

Posteriormente, y aun cuando ya haya nacido el niño, e inclu so hubieran trascurrido algunos meses o años, también por cau-- sas de infecciones, o traumatismos, podrían haber provocado en el niño alteraciones del oído, y como dijimos anteriormente, -- producir consecuencias tales como la dificultad en el lenguaje, aunque aclarando que no siempre, los problemas de lenguaje se - derivan de los de audición.

2.2.2. Problemas de Lenguaje.

2.2.2.1. Definición.

Son todas aquellas alteraciones que impiden la adecuada comu nicación del individuo con los que le rodean.

El lenguaje es el medio de expresión humana por excelencia, - es uno de los principales medios por el cual el hombre da a co- nocer a los demás lo que piensa, lo que siente y desea. Para su

Óptimo funcionamiento requiere de los diferentes órganos que intervienen en la elaboración y transmisión de aquel. A nivel físico (neurológico y de los organos específicos para la ejecución del lenguaje, labios, dientes, faringe, laringe, nariz, etc.). Es necesario que operen normalmente, y a nivel de funciones, es indispensable que estén acordes a la actividad que ordena el carebro y a las capacidades de los propios órganos. (18)

Se podría decir que los problemas de lenguaje son aquellas - alteraciones a nivel físico, funcional o bien, de coordinación- entre ambos elementos de tal forma que impiden o perturban el - correcto funcionamiento y expresión del lenguaje. (19)

A continuación, se analiza los principales problemas que se- presenten en el habla y el lenguaje, aclarando en cada uno de - ellos el origen de la alteración.

2.2.2.2. Principales Trastornos del Lenguaje.

2.2.2.2.1. Afasias.

2.2.2.2.2. Definición.

Es la falta de habilidad o bien de la pérdida del lenguaje -

(18) Tsavetkova, L.S., Reeducación del Lenguaje, la Lectura y - la escritura, Edt. Fontanella, Barcelona, 1977, pp. 41-44.

(19) Nieto Margarita, El niño dislexico, Edt. Prensa Médica Me- xicana, México, 1980, pp 20.

que impide al individuo comunicarse con los que le rodean de---
biéndose este problema a una lesión orgánica localizada en el -
tejido cerebral.(20)

Puede presentarse como una dificultad para entender lo que -
dicen las personas, o bien como una dificultad para expresarse.
Frecuentemente se presentan también problemas de escritura y de
lectura. Su vocabulario es pobre, tienen errores para utilizar-
correctamente las palabras, hay confusión de conceptos verbales

En terminos generales las afasias se presentan en dos nive--
les diferentes:

- a) En la utilización adecuada de las palabras.
- b) En la utilización adecuada de los fonemas.

Se dan en primer lugar, los trastornos de la comprensión del
lenguaje, la facilidad para hablar y dar a conocer las ideas --
propias disminuye rápidamente y la poca que conservan es pobre-
en el uso que le dan, pues incurren en la jerga, en la ropeti--
ción constante de palabras, al grado de borrar las que debían -
ir en ese lugar; pierden también la capacidad de poner atención
y en consecuencia, gradualmente van perdiendo también la memo--
ria.(21)

(20) López Barrera M., Cómo ayudar a quienes han perdido la ca-
pacidad de hablar, Edt. Prensa Médica Mexicana, México, --
1986, p. 1

(21) Azcoaga E., Op cit., pp. 36-37

Los estudiosos del tema indican la importancia de distinguir entre las afasias infantiles y las de los adultos, pues en estas, ya existía un conocimiento y formación del lenguaje, mientras que en los niños podría haber existido pero de una calidad menor que la del adulto. La afasia infantil podría implicar que quizá pudo derivarse de traumatismos o padecimientos durante el periodo prenatal o postnatal, a diferencia de los adultos que se ve muestran una disminución regresiva en la habilidad para utilizar el lenguaje. Ahora se hablará de las diferentes clasificaciones que se manejan comúnmente de la afasia.

2.2.2.2.3. Clasificación y Características de los Tipos de Afasias.

Los autores clásicos agrupan en dos tipos las afasias, en la afasia de Broca y la afasia de Wernicke.

En la afasia de Broca, los enunciados que utilizan las personas para dar a conocer sus ideas se unen, de tal manera que pierden su separación; así mismo, van perdiendo el vocabulario, hasta llegar a expresar con una palabra toda una frase. En cuanto a la comprensión del lenguaje oral y escrito, encontramos que persiste, pero en contrario, la captación de las palabras y el sentido cuando se trata de un dictado, se vuelve prácticamente imposible para estas personas.

En la afasia de Wernicke, se da un fraseo y una fluidez en la expresión oral casi normal más no así la elección de las pa-

labras con las cuales se desea expresar. (22)

Esta persona hablaría normalmente, separando correctamente una palabra de otra pero eligiéndolas inadecuadamente, pues utilizaría unas en vez de otras.

Otros autores, como Renato Segré ofrecen otra clasificación de las afasias:

1.- Afasia receptiva o sensorial.- La persona puede oír, pero no entender cual es el significado de la palabra, además, puede ver, pero carece de la habilidad de la lectura.

2.- Afasia expresiva o motriz.- Aquí, el individuo puede leer y comprender la palabra escrita o bien la verbal, pero ha perdido la capacidad de repetirlas y pronunciarlas a continuación. Lo más que alcanza es a pronunciar algunas palabras, pero mal ordenados y articulados (el autor las llama disartras).

3.- Afasia mixta o total.- Los síntomas que se presentan son -- los mismos descritos en los otros dos tipos.

4.- Afasia amnésica.- El problema principal al que se enfrentan las personas es al olvido del sentido de las palabras, así como la pérdida del poder de evocación de las mismas.

5.- Afasia nominativa.- En este caso, lo único que ocurre es el olvido de los sustantivos. (23)

22) Pialoux, Manual de Logopedia, Edt. Turay- Masson, España, 1978, p. 223.

23) Segré, Renato, Tratado de Audiofoniatría, Edt. Paidós, Buenos Aires, 1975, pp. 154-155.

Otro autor, Lauria, ofrece la siguiente clasificación:

- a) Afasia acústico-agnósica o sensorial.- El principal defecto que la ocasiona es el error en la diferenciación de los fonemas los afectados por este tipo de afasia no pueden distinguir entre uno y otro fonema que son muy parecidos. El lenguaje a utilizar carecerá de la pronunciación de sustantivos, las palabras saldrán en forma desordenada e incoherente, tendrán las personas dificultad para evocar mentalmente a la palabra escuchada.
- b) Afasia acústico-amnésica.- "El enfermo no puede retener una serie corta de sonidos, sílabas o palabras en su memoria, sino que confunden elementos de la serie o algunos elementos desaparecen de su memoria lo que implica una retención defectuosa de registros audiolingüísticos estables".⁽²⁴⁾ Es decir necesita recibir en forma lenta y pausada el mensaje, pues de otra forma, no podrían comprenderlo.
- c) Afasia semántica.- El principal trastorno que se presenta es el de no poder entender en conjunto el sentido de unas palabras palabras que conforman enunciados, pues si bien el individuo logra captar el significado aislado de cada palabra, no puede hacer lo mismo al unir varias de ellas.
- d) Afasia motora aferente o apráxica.- Indican una alteración de los movimientos del aparato del habla, la persona afectada -

(24) Barranquer Bordas, L., Afusias, apraxias agnosias, Edt. Toray-Masson, España, 1976, pp. 94-95.

no encuentra los movimientos del aparato del habla, la persona afectada no encuentra los movimientos adecuados para pronunciar determinada letra o palabra. Pero ésto será analizado más adelante, pues la apraxia será considerada como otro trastorno. (25)

Como se ha podido observar muchos autores las clasifican y denominan de diferente forma, aun cuando cambien su nombre, las dos clasificaciones que desde nuestro punto de vista son más -- claras y de un manejo más sencillo son la clásica y la de Segré.

2.2.2.2.4. Afasias infantiles.

Como se indicó anteriormente, Margarita Nieto señalaba la radical importancia de diferenciar las afasias infantiles de los adultos. pues en éstos se denota claramente un retroceso en el lenguaje, se degrada y va siendo cada vez más escaso. En los niños es otro proceso, en ellos, no se presenta un desarrollo normal del lenguaje, así como tampoco la gradual adquisición de este.

En términos generales, se podrían dividir en dos grandes grupos:

Afasia adquirida

Afasia mal llamada congénita. (26)

(25) Ibidem, pp. 98-101.

(26) Pialoux... , Op cit. , p. 227.

Las afasias adquiridas se presentan entre los cuatro y diez años. Cuanto más grande sea el niño, más parecido será el proceso de pérdida del lenguaje al de los adultos.

Los niños presentan los siguientes problemas:

- a) Reducción del lenguaje y de vocabulario
- b) La emisión de fraseo se reduce notablemente, aunque en este caso todavía tiene sentido completo.
- c) Rara vez se presenta la jerga o la repetición continua de sílabas o palabras.
- d) La escritura se ve afectada. (27)

Pero no todo es desventaja, pues el niño afásico tiene mayores probabilidades de recuperación que los adultos.

Causas de la afasia adquirida.- La causa más frecuente es el traumatismo, seguido éste por un coma más o menos largo.

Otras posibles causas se pueden encontrar en infecciones tales como abscesos, meningitis, tuberculosis, encefalitis, causas vasculares, como hemorragias, etc.

Casi siempre las afasias se producen cuando existe una lesión del tejido cerebral, bien a consecuencia de trastornos en la circulación sanguínea-hemorragias, trombosis, espasmos o por traumatismos (golpes, heridas). De menor importancia son las originadas por infecciones como la meningitis o encefalitis

El tipo de afasia que se presenta dependerá directamente de-

(27) Barranquer..., Op cit. , p. 117.

la región cerebral en que se encuentra la lesión. (28)

Afasia infantil mal llamada congénita.- Aquí, los niños no han adquirido, la utilización del lenguaje y solo se acepta como afasia cuando se comprueba plenamente una lesión cerebral.

Se considera como afasia congénita cuando se trata de niños que no han adquirido el lenguaje después de los seis años.

Para esta afasia, se presenta la agnosia (sordera verbal)- y la afasia motriz (afasia de expresión). (29)

2.2.2.2.5. Otras Afasias.

A) Alalia o Audiomudez.- "Llamamos alálicos a los niños que aún después de los 4 años no hablan y tienen sin embargo audición normal y un buen nivel intelectual". (30)

En un momento dado se podría clasificar como una variante de la afasia adquirida, en donde la principal característica es -- que el niño entiende y representa mentalmente las frases y palabras que escucha, pero carece de los elementos para replicar, -- es decir, para exponer por sí mismo las ideas propias (otros autores la toman como la forma más grave de la disfasia).

B) Síndrome Anártrico.- Se le denominará síndrome anártrico-

(28) López Barrera, M., Op cit. , p. 1

(29) Pialoux, Op cit. , p. 227

(30) Segré, R. , Op cit. , pp. 162-164

cuando se presente en los niños, esta perturbación viene des---pués de la integración del lenguaje o incluso antes de ésta. Mu-
chos autores clasificaron a la anartria como una clase más de a
fasia, pero como lo demuestra P. Marie, en los estudios que rea-
liza a principios de este siglo, es más correcto darle otro sen-
tido y dejar a la anartria como otro tipo diferente de perturba-
ción. En este caso, la anartria afecta exclusivamente la elocu-
ción del lenguaje interno, ésto es, las representaciones menta-
les que la persona haga con respecto a las palabras que escucha
o que pudiera leer, se producen sin problema.

Sin embargo, si se le quisiera dar en paralelo una semejanza
con las afasias, podría decirse que pertenece al grupo de las -
llamadas afasias motoras (o la afasia de Wernicke).

La anartria difícilmente se presenta en forma pura, sino que
puede combinarse con los problemas de la afasia sensorial (o -
de Broca) que a contraparte de la motora sí se dan los sínto--
mas de una dificultad en la conformación de las imágenes menta-
les.

Sería aventurado decir que todo problema de lenguaje se debe
a lesiones cerebrales. Esto sería más claro en los adultos, pe-
ro no con los niños, pues aun cuando se pruebe la existencia de
una lesión cerebral, no se puede afirmar que sean las únicas ra-
zones por las cuales se presentara la anartria, incluso cuando-
los niños ya han desarrollado su lenguaje pueden sufrir altera-
ciones a nivel cerebral, como traumatismos, infecciones, tumora-
ciones, entre otras, pero repetimos, no es fácil decir con cer-

teza cual es la verdadera razon de la presencia de la anartria.

Características del síndrome anártrico.- Estos niños tienen una inteligencia normal, la audición no tiene alteraciones, y no hay alteraciones emocionales.

Su comprensión del lenguaje es bueno y no existirá dificultad para entender diferentes ordenes; en todo caso, podrán escucharse al niño algunos aspectos de los que se estan hablando, no obstante, su memoria y atención serán como la de un niño normal.

No sucederá así con la elocución, pues ésta sí estará alterada o incluso puede estar ausente; emitirán sílabas o palabras, interponiendo una por otra, hay distorsiones en el tono y modulación de la voz.

A pesar de todo, tendrán altas posibilidades en superar el padecimiento, pues a base de rehabilitación y con su inteligencia eliminarán en gran medida las insuficiencias de la anartria. (31)

2.2.2.2.6. Apraxia.

2.2.2.2.7. Definición.

"Imposibilidad de ejecutar ante una orden recibida, movimientos adaptados a una finalidad, en un sujeto que, por otra parte esta indemne de perturbaciones intelectuales y de alcanzar fun-

(31) Azcoaga..., Op cit. , pp. 32-35.

ciones motoras y sensitivo-sensoriales". (32)

2.2.2.2.8. Tipos de Apraxia. Características.

A.- Apraxia constructiva.- Esta es la variedad más frecuente de la apraxia y se le define como a "la desintegración de los gestos normalmente organizados que permiten dibujar un objeto espontáneamente..." (33) o bien producir un modelo; aquel que padece apraxia no tiene la habilidad para replicar lo que se le está mostrando, o lo que se le pide que dibuje o escriba.

A su vez, se divide en varios grados:

a) en la máxima intensidad, el paciente está incapacitado para trazar cualquier forma.

b) en grado menor, puede llegar a dibujar, algunos trazos -- simples.

c) finalmente, a un nivel inicial, el individuo solo presenta una ineptitud para reproducir un dibujo en perspectiva, por el contrario, si son trazos planos, no representará para él ningún obstáculo.

B.- Apraxia ideomotriz.- Los individuos carecen de una eficaz reproducción del gesto, solo a nivel fragmentado, pues en forma global si lo logran. No todos los gestos son difíciles de

(32) Amar, André, et al., La Psicología Moderna de la A a la Z, Edt. Mensajero, España, 1975, p. 31

(33) arranquer..., Op cit., p. 163

ejecutar, pero si los que provienen de una orden; ya que mientras más carga de emotividad o de una significación simbólica tengan, mejor se realizarán los gestos.

C.- Apraxia ideatoria.- Es la alteración de la sucesión lógica y armónica de los diferentes gestos, los cuales son ejecutados correctamente en forma individual. (34)

La apraxia se origina por una lesión del cerebro y se presenta bajo 4 aspectos:

- a.- Impresión en los movimientos delicados.
- b.- incapacidad para realizar gestos comunes
- c.- no existe la capacidad de unir unos movimientos con otros.
- d.- no hay habilidad, ni siquiera aptitud para dibujar o para ejecutar actividades de tipo constructivo.

2.2.2.2.9. Disartrias.

2.2.2.2.10. Definición.

Se le define como los trastornos múltiples de la articulación de la palabra y su ritmo debido a lesiones orgánicas; provocando alteraciones en la coordinación de la musculatura del aparato del lenguaje (algunos autores consideran a la anartria como el grado máximo de disartria). (35)

(34) Op cit., pp. 164-166

(35) Leischner, A., Afasias y Trastornos del Lenguaje, Salvat Editores, España, 1982. p. 23

Debido a esas lesiones orgánicas (localizadas en la zona -- del sistema nervioso que se encarga de los músculos de los órganos fonatorios) hay una dislocación entre los impulsos motores para poner en marcha los órganos fonatorios y estos que no reaccionan con la rapidez usual para iniciar la elocución que provocan situaciones como el prolongar en exceso un fonema o emitirlo con tal rapidez que se vuelva inteligible. No hay coordinación entre los órganos y las ordenes cerebrales para que funcionen sincronizadamente. (36)

Jorge Perelló define a la disartria como "las dificultades -- de la expresión del lenguaje debido a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundarios o lesiones -- del sistema nervioso". (37)

Considera que más de un problema inicial, o principal, la disartria es una consecuencia secundaria de las alteraciones cerebrales, bien sea derivadas de traumatismos, infecciones, hemorragias, etc.

(36) Corredora Sánchez Tobías, Defectos en la Audición Infantil Edt. Kapelusz, Buenos Aires, 1985, p. 165

(37) Perelló Jorge, et al., Audiofoniatría y Logopedia 8 Trastornos del habla, Edt. Científico Médica, España, 1981, p. 4

2.2.2.2.11. Causas, Características.

Puede derivarse de un proceso traumático craneal, de una tumoración (benigna o maligna del cerebro, cerebelo o tronco encefálico) a una lesión vascular, a enfermedades infecciosas, - metabólicas, tóxicas o degenerativas del sistema nervioso, incluso se podría presentar debido a una anomalía nerviosa congénita.

Como se ve la disartria se debe a un problema físico que impide la conexión entre el impulso nervioso motor y los órganos destinados al uso del lenguaje. Así estas personas tienen dificultad para comunicarse, pues solo los que están constantemente cerca de ellos entienden lo que desean decir.

Las disartrias se dividen en:

- 1.- Disartrias del adulto
- 2.- Disartrias del niño

1.- Disartrias del adulto.- El paciente presenta trastornos en la articulación de la palabra, el ritmo y en la regularidad de la expresión. La voz del adulto es débil, ya que es defectuoso el uso de el aire que ha inspirado. El tono es variable, en ocasiones es muy agudo y en otras muy graves; cuando utiliza -- las vocales y consonantes hay poca diferencia entre las que deben ir aspiradas y las que no, o las que deben ir más fuertes y las que son más suaves.

Generalmente, la lesión se localiza en las áreas bulbares -- ocasionando afectaciones de los labios, lengua, faringe y larin

ge se dan incluso dificultades en la deglución o en la respiración. (38)

2.- Disartrias en el niño. Las alteraciones se refieren ante todo a la incapacidad de producir correctamente ciertos fonemas o grupos de éstos, utilizan frecuentemente sustituciones de ruidos y sonidos por otros.

Las disartrias de los niños son más frecuentes en la parálisis cerebral; mientras a más temprana edad se dé la disartria, más lenta será la iniciación del lenguaje. Los niños tienen problemas para la coordinación fonorespiratoria.

2.2.2.2.12. Dislalias.

2.2.2.2.13. Definición.

Son "los trastornos del lenguaje hablado que son producidos por malformaciones o enfermedades en la región del aparato del lenguaje. Por ejemplo, trastornos del lenguaje debido a fisuras labiales, palatinas, anomalías dentales, etc." (39)

A diferencia de las disartrias, en las que falla la conexión entre impulsos motores y órganos fonativos, las dislalias se deben a problemas de los órganos fonativos únicamente, aquí no intervienen en absoluto lesiones a nivel cerebral, lo que falla -

(38) Pialoux, P., Op cit. , pp. 203-204

(39) Leischner, Op cit. , p. 26

es el o los órganos en sí de la fonación.

Se distinguen la dislalia funcional y la dislalia orgánica - (ahora llamada diaglosia).

Dislalia funcional. Es normal que se presente una dislalia fisiológica en los niños hasta antes de ingresar a la etapa escolar pero si persiste, ya se considerarían patológica.

Algunos autores señalan que podría deberse a problemas hereditarios.

Durante el aprendizaje de las palabras se pueden presentar una falla en la correcta y exacta imitación de los fonemas que escuchan los afectados. Podría atribuirse a una falta de paralelismo entre la adquisición mental con respecto a la habilidad motora de sus órganos. Casi siempre la dislalia es audiógena, no se podría hablar totalmente de lo que es hiposuscia, sino únicamente de la comprensión auditiva. La dislalia sería una sucesión de fonemas bien articulados pero mal integrados. (40)

Dislalia Orgánica-Diaglosia. Son los trastornos derivados por alteraciones físicas de los órganos que están relacionados con la fonación.

Son clasificados de la siguiente forma:

Diaglosia Labial.- El trastorno en la articulación de los fonemas se origina por la alteración de la forma, movilidad, fuerza de los labios.

(40) Pialoux, P. , Op cit. , pp. 235-237.

2.2.2.2.14. Causas.

La mayoría de los pacientes tienen alteraciones de los órganos y pueden deberse a innumerables causas, como traumatismos, accidentes, deformaciones congénitas, etc.

En ocasiones, la dislalia se presenta en los niños ya durante la etapa escolar, a diferencia de la usual que en ocasiones se presenta entre ellos, la dislalia es normal siempre y cuando no pase de los cinco o seis años, pues ya se tornaría en patológica.

2.2.2.2.15. Disfasia.

2.2.2.2.16. Definición.

La disfasia se refiere a la perturbación en la organización del lenguaje, no solo al retraso en la formación de éste, sino además, no se alcanza su ordenamiento y utilización adecuada.

2.2.2.2.17. Características.

A.- Aproximadamente 40% de los disfásicos muestran trastornos en la motricidad bucofaríngea.

B.- Tienen trastornos en la percepción auditivo-verbal, no logran repetir adecuadamente lo que escuchan, aunque lo perciben normalmente.

C.- Hay cierto grado de dificultad para comprender las pala-

bras y fonemas que escuchan.

D.- Su vocabulario, es limitado e impreciso.

2.2.2.2.18. Causas originadoras de la Disfasia.

Son varias las causas, más no implica que sólo una de ellas sea originadora del problema; se dan frecuentemente las combinaciones de unas con otras.

A.- Factores afectivos y emocionales.- Los puntos principales a analizar serían la relación entre madre e hijo, si la relación es distante o fría, carente de una buena comunicación, afectaría indudablemente la capacidad del niño para desarrollar normalmente su lenguaje. Igualmente, si el niño se aferra a ciertos aspectos de su infancia que por naturaleza van cambiando, -- por ejemplo, la forma de hablar como un bebito que debe transformarse al paso del tiempo y no obstante, el pequeño se niega a desprenderse de ella, también padecerá de una disfasia.

Las madres demasiado absorbentes y dominantes que quieren tener al niño pegado a ellas, sin permitirle contacto con otras personas o bien, aquellos que abandonan a los infantes, físicamente o por falta de atención; provocando la disfasia. Los extremos son peligrosos. (41)

B.- Factores ambientales.- Los aspectos sociales y económicos también influyen, obviamente, los niños que cuenten con sus requerimientos básicos cubiertos (buena alimentación, vestido, -

(41) Launay, Op cit. , pp. 93-95

lugar para vivir, en una palabra que no tenga preocupaciones -- por procurarse alguno de ellos), tendrán más facilidades para desarrollar su lenguaje normalmente.

El bilingüismo puede en un momento dado, representar también alguna barrera, pues si no se han conformado las estructuras de los idiomas, se daría una confusión entre ellos dentro del niño.

C.- Factores constitucionales.- En alguna medida, los antecedentes familiares podrían predisponer al niño a padecer la disfasia. (42)

2.2.3. Retardo del Lenguaje y del Habla.

El niño no tiene problema para pronunciar correctamente, ni en la construcción mental de lo que se está hablando, pero sí en la unión de los fonemas. El niño sabe decir- y correctamente pa y la-, más no puede con pala. Como mencionamos con la Dislalia, es normal ese obstáculo en la infancia, pero va desapareciendo al paso de los años, (a los 4 años).

Con respecto al lenguaje, su aparición se retrasa, su desarrollo se torna lento y por ende, su organización se detiene -- por momentos. (43)

(42) Pialoux, P. , Op cit. , pp. 175-178

(43) Ibidem, pp. 173-174

2.2.3.1. Disfemia (Tartamudez).

"Es el defecto de elocución caracterizado por la repetición de sílabas o palabras, o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal acompañada de angustia".(44)

No se limita, sin embargo, a problemas de lenguaje en sí, -- pues va aparejada a alteraciones de la personalidad y conducta del individuo.

La disfemia afecta por igual a todos los pueblos y en todas partes, pero se podría decir que es más frecuente entre las naciones más adelantadas.

En estudios realizados se muestra que la disfemia comienza -- antes de los 7 años de edad, siendo más frecuente entre niños -- que entre niñas.

No hay causas físicas que provoquen la disfemia, el cambio -- de ritmo y articulación de las palabras se debe a un malfuncionamiento de la ideación del lenguaje.

2.2.3.3. Clasificación, Características.

Se clasifican en tres grandes grupos:

1.- Disfemia crónica, es la repetición involuntaria de una -- sílaba o un grupo de ellas. Por lo común, se trata de la prime-

(44) Perelló..., Trastornos..., p. 115

ra sílaba de la palabra y de la primera palabra de la oración.

2.- Forma tónica, hay periodos espasmódicos de la palabra, - con bloqueos en ellas, ya al final, inicio o en medio de la palabra. (45)

3.- Disfemia tonicoclónica, conjunta las mismas características que las anteriormente señaladas.

Es importante señalar que los niños- ya se dijo que la disfemia inicia en casi todos los casos en la niñez- cuentan con sus funciones fisiológicas normales para la elaboración del lenguaje.

Sus manifestaciones pueden variar; en ocasiones van desde un simple movimiento de las aletas de la nariz, los labios, hasta un temblor total del cuerpo. Mucho influye el carácter de los afectados, por lo general son personas tímidas y hurañas.

Presentan problemas para articular correctamente las palabras evitan por lo mismo, hablar además, les es difícil articular oraciones largas, tienen problemas en cuanto a la coordinación y el tiempo en el que hay que estructurar una palabra o frase (los síntomas se parecen a la disfasia, algunos autores le denominan tartamudez afásica).

(45) Dinville, Claire, La Tartamudez , Edt. Mason, España, 1932

2.2.3.4. Causas.

Son múltiples las causas originadoras de la disfemia, entre las más importantes podríamos señalar:

1.- La herencia, no está plenamente comprobado, pero se han dado numerosos casos de la incidencia de la disfemia entre familia.

2.- Ambientes poco propicios para el desarrollo del niño, como la pobreza.

3.- Problemas familiares.

4.- La imitación que haga de otros niños con disfemia.

Sin embargo, hay muchos niños que sufren de todo eso, y más y no obstante, no se presenta en ellos la disfemia.

2.2.3.5. Dislexia.

2.2.3.6. Definición.

Launay ve en la dislexia "una asímbolia que reproduce amplificándola, y prolongándola, las dificultades habituales en los inicios de la lectura y de la escritura, dejando intactas las otras funciones intelectuales". (46)

Es una interferencia en cuanto al siguiente proceso: el niño percibe un determinado símbolo visual o auditivo, o ambos, lo -

(46) Pialoux..., Op cit. , p. 181

conceptualiza y racionaliza y finalmente hay una respuesta práctica, bien sea hablada o escrita. Aquí el niño no logra transmitir correctamente ese símbolo, y, por lo tanto no llega ni se interioriza; ni se expresa de la forma correcta.

Los niños que presentan este problema no sufren de ninguna alteración física, ni cerebral, ni de los órganos auditivos o foniátricos, ni una disminución en su nivel intelectual.

2.2.3.7. Causas, Características.

Probablemente resulta de una lesión cerebral, que produce una ceguera funcional en el campo visual derecho. Además, las dificultades prenatales y perinatales podrían actuar como factores predisponentes a padecerla.

Las incapacidades de la dislexia incluso tendrían su origen en una desnutrición temprana prolongada. (47)

En cuanto a sus características se dice que hay alteraciones gnósticas que incluyen la percepción visual, y en ocasiones, tienen los niños problemas en distinguir los fonemas de audición.

El niño dislexico no puede ubicarse en cuanto al espacio, confunde arriba-abajo, dentro-fuera, cerca-lejos, etc.

(47) Kaplan, Harold, Compendio de Psiquiatría, Ed. Salvat, Barcelona, 1987, p. 771.

Confunde los dedos de la mano. (48)

2.3. Tratamiento.

El tratamiento será variado y de acuerdo al tipo de padecimiento de cada niño. Puede abarcar diferentes acciones, por ejemplo, intervenciones quirúrgicas, el uso de diferentes aparatos y las terapias.

Las terapias serán aplicadas por personas capacitadas y como ya dijimos acorde a cada situación. Podrán utilizar juegos, láminas, ilustraciones, ejercicios, en fin, es prácticamente inagotable el número de elementos que pueden servir para auxiliar al niño en su recuperación y separación de su alteración.

Esas terapias llevan tiempo, paciencia y vocación. Algunas de ellas incluso llevarían años, en donde el esfuerzo de todos los profesionistas debería de unirse; del médico para revisar, diagnosticar, y si es necesario, efectuar cirugía; el psicólogo para subsanar los problemas de conducta de los niños y los que de ellas emana; los terapeutas, quienes son los que llevan a la acción todo lo que los pequeños deben hacer para evitar en lo posible la alteración; y el trabajador social, quien se encargaría, además de asignar consultas y recibir por primera vez a los pacientes, vigilar desde la auténtica utilidad de las tera-

pias, ir a visitar a los padres para verificar su participación dentro de la recuperación, etc.

Y es que finalmente los padres son los que hacen la gran diferencia, son los que deciden en la balanza la recuperación de sus hijos, los profesionistas pueden hacer todo lo posible y lo indicado, pero la cooperación de los padres incrementará el grado de éxito de los esfuerzos de todo el equipo.

CAPITULO III.

LA EDUCACION Y LA FAMILIA.

3.1. Definición de educación y familia.

En este capítulo se hablará sobre la educación y la familia y sobre todo de la importancia de la educación familiar en los problemas de audición y lenguaje. Para entender esto necesitamos conocer y analizar los conceptos de educación y familia que serán la base del capítulo.

Existen varios autores que tratan de definir estos conceptos como Bertha Corredor que dice "la familia es un grupo multifuncional o plurivinculado con numerosas funciones y fines. Aparece como un grupo altamente solidario, altamente intensivo, semi cerrado, que implica una unión sancionada socialmente de diversas personas unidas entre sí por diversidad de fines; la satisfacción de las necesidades sexuales, la procreación, la obtención de los medios de subsistencia, la socialización y educación de los hijos, la protección de la vida, integridad y valores de sus miembros contra enemigos; la promoción de la felicidad y desenvolvimiento de los mismos".(49)

Esta definición tan amplia indica que la familia tiene en primer lugar muchas funciones y fines que van desde la satisfacción de las necesidades básicas hasta el desarrollo de la personalidad de cada uno de sus miembros; además define a la familia

(49) Corredor, Bertha, La familia en América Latina, Colombia, 1962, pp. 7, 10.

como un grupo muy solidario y unido; pero a todo se puede agregar que todos los miembros que integran una familia están unidos por lazos consanguíneos.

Por otra parte tenemos el concepto de Educación que dice "es la transmisión de una cultura y de una moral y a la vez un don y una concreción de las generaciones anteriores".(50)

Esto indica que van a ser todas aquellas enseñanzas que se van a dar de una generación a otra, las cuales estarán cargadas de una moral de esa generación y de una cultura que la conforma

Como se puede ver tanto la familia como la educación están estrechamente ligadas ya que la familia es la encargada de dar esa educación a cada uno de sus miembros por lo que se puede decir que es otra de las funciones de la familia, la de dar educación.

Para que quede más claro lo que es la familia se necesita no sólo saber su definición, sino también sus características y funciones en un sentido más amplio que permita entenderlo que significa una familia y lo que debe proporcionar a cada uno de sus miembros.

(50) Isambert, André, La educación de los padres, Edt. planeta, España, 1980, p. 98.

3.2. Características y funciones de la familia.

Para entender lo que es la familia es necesario comprender - sus características y analizar sus funciones dentro de la misma familia y dentro de la sociedad.

Una de las principales características de la familia es que se considera un grupo social primario, ya que es la base y el núcleo de la sociedad; y es considerada así porque dentro de ella es donde el individuo se forma no sólo físicamente sino también psicológicamente y es en esta parte donde se dan todos los valores morales y culturales que conforman su personalidad.

Otra de las características de la familia es que es un grupo semicerrado, en donde solo pueden estar los miembros que están unidos por lazos consanguíneos pero que pueden aceptar a otro miembro ajeno a ésta y considerarlo como ella misma, esto hace que sea un grupo totalmente vinculado a sus intereses.

Pero otra de las características es que es un grupo multifuncional, que ejerce distintas funciones ya sea en su interior o socialmente.

Las funciones al interior de la familia son:

- 1.- La satisfacción de las necesidades básicas; es decir, el proporcionar los alimentos, el vestido, el techo, la salud y la educación que son vitales en la vida del individuo.
- 2.- Regulación de las relaciones sexuales, en donde la familia es la encargada de enseñar, corregir y guiar la vida sexual de cada uno de sus miembros. Esta parte resulta esencial desde los

primeros años de vida hasta la edad adulta, por lo que la familia al tener contacto desde temprana edad con sus miembros resulta fácil la enseñanza de ésta.

3.- La reproducción, la cual admite variaciones menores en algunos casos, ya que los hijos pueden desenvolverse fuera de la familia a partir de cierta edad y bajo ciertas reglas o patrones impuestas por la misma.

4.- Educación y socialización, en donde la familia tiene el papel de asumir pautas básicas de conducta que permitan a los hijos adaptarse a la vida social, así como transmitir valores y -- una cultura propia de esa sociedad, lo que constituye la educación.

5.- Protección y afecto, que constituyen la base para una personalidad estable emocionalmente, ya que el afecto o el amor son cimientos de esa personalidad, si a esto la sumamos la protección y seguridad que sienta podemos hablar de una persona segura de sus actos.

6.- Por último tenemos la función de la estimulación que va a -- recibir a través de las sanciones del movimiento y el juego lo que constituyen la base del desenvolvimiento intelectual y cognoscitivo. (51)

Ahora bien, las funciones sociales de la familia, según ----

(51) Leñero Otero, Luis, La familia, Edt. Edicol, México, 1976

Ackerman son:

- 1.- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos -- afectivos de las relaciones familiares.
- 2.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
- 3.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
- 4.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social, y
- 5.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual". (52)

Estas funciones son las que van a preparar al individuo para saber y poder desenvolverse dentro de una sociedad a la que va a estar ligado toda su vida, y que le van a permitir una socialización más satisfactoria.

Todo lo anterior lo resume la trabajadora social Florence -- Lieberman de la siguiente manera:

"La crianza del niño es sólo una de las funciones familiares. Para todos los grupos de edad, desde el nacimiento hasta la --- muerte, la unidad familiar es la encargada de atender las necesidades básicas, como el alimento y el vestido, de proporcionar

(52) Ackerman, Nathan W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Edt. Paidós, Argentina, 1971, pp. 33-40

patrones edificantes de amor, amistad y afecto; de satisfacer - las necesidades psicológicas fundamentales, y de imbuir un sentido de valía y dignidad. La familia transmite asimismo, cultura y valores, y cada uno tiene sus propios patrones, metas y -- formas de interactuar y de cumplir sus funciones, además de su propio sistema de fantasías y creencias, ya sean conscientes o inconscientes, acerca de la naturaleza humana y de las relaciones entre los hombres, que son transmitidas de una generación a otra. Ese conjunto de creencias no es ni falso ni verdadero; re presenta la versión de la realidad de una familia en particular

Como se puede ver, esta autora encierra en una sola defini⁽⁵³⁾-ción las funciones de una familia y la importancia de ellas.

Con esto se ve que tan importante es la familia en la vida - individual y social de una persona y más aún la función de la - educación.

3.3. La Educación Familiar.

Durante mucho tiempo la educación familiar fué la única forma de educación que se conocía ya que la familia era la que se encargaba de la formación de hábitos y patrones de conducta mediante la transmisión de conocimientos. Esta enseñanza se carac-

(53) Lieberman, Florence, Trabajo Social, el niño y su familia, Edt. PAX-MEXICO, México, 1987, pp. 33-34

terizaba por ser sencilla e informal, la cual se apoyaba sobre los actos de la vida diaria, y sobre todo usando métodos didácticos que los padres consideran más apropiados y que alguna vez fueron usados en ellos.

Es por esto que la educación se ha considerado de lo más importante, como lo es la educación de los hijos que va desde la enseñanza de los primeros movimientos de locomoción, los primeros sonidos emitidos y articulados, el aprendizaje de una cultura propia, el auto-control, la seguridad en cada uno de sus actos, etc.; que les permiten desarrollarse de una manera óptima.

Durante los primeros años del niño su educación va a ser continuamente moderada, orientada y estimulada o restringida en sus acciones por parte de los padres. Pero esta educación en la edad de la infancia debe tomar en cuenta los sentimientos de susceptibilidad o tendencias que tenga, ya que si se consideran estos, la educación será más completa y mejor, aprovechando el niño todo aquello que le enseñan. (54)

Ahora bien, si se realiza esa educación de una manera recíproca, es decir una educación de los hijos a los padres y viceversa la relación de ambos será todavía mejor porque se romperá los papeles y roles de cada uno, teniendo una relación más ambigua.

(54) Corredor, Bertha, Op cit. pp. 99-103

Es por eso que la mayoría de las educaciones se ven bloqueadas, porque el adulto siempre estará marcado por una educación cargada de choques afectivos más o menos superados lo cual ocasiona que tenga muchas dificultades para comprender al niño y establecer un verdadero diálogo con él. Este diálogo se vuelve aún más difícil para los padres tienen la función de educadores ya que los imposibilita la comunicación tornándose en angustia. "Esta angustia frente al niño se puede traducir en diversas actitudes tales como: el padre se refugia en la autoridad y el liderazgo o puede adoptar una actitud de huida dejando en libertad y sin dirección al niño". (55)

Pero todo esto ha disminuído de alguna manera, al tomar cartas en el asunto, la escuela que desplazó de alguna manera a la familia en su antigua función: la educación.

Esto provocó que los padres cargaran la mayor parte de la responsabilidad a la escuela lo cual ha traído como consecuencia que la influencia de los padres sobre los hijos haya disminuído notoriamente, y no solo esto, ya que si le sumamos los cambios de la vida moderna como son: la independencia económica de la mujer que exige que esta se encuentre más horas fuera del hogar lo que hace que el contacto de los padres con los hijos se pierda o sea esporádico; y solo se reduce a los momentos en-

(55) Maigre, Andree, La Educación Psicomotora, Edt. Morata, España, 1984, pp. 137-139

que los padres no trabajan o no tengan compromisos sociales, o cuando los hijos permanecen en el hogar.

Todo esto hace que la familia tenga una función importante y difícil, pero en comparación con otras familias del mundo, la familia mexicana presenta o tiene tanto factores positivos como negativos con respecto a la educación, que hacen que se vuelva lo más fácil o más difícil esta tarea, tales como los divorcios la influencia de otras ideologías, el constante cambio de una generación a otra, los problemas económicos, etc. que hace que sea una educación inadecuada o insuficiente que no responde a las necesidades del individuo. (56)

Con todo esto la familia sigue siendo la institución más adecuada para la educación del niño. La educación exige paciencia, abnegación y sacrificios, que es más natural encontrar, en los padres que en seres extraños como lo son los maestros de las escuelas.

Ahora bien, para saber en realidad cuales son las funciones educativas de la familia se necesita entender que la educación familiar va a responder a un proceso comunitario, formador, socializador, etc. y la educación escolar responde a un proceso de civilización donde se aprende entre otras cosas las normas y reglas dentro de la sociedad.

(56) Flügel, J. C. , Psicoanálisis de la familia, Edt. Paidós, Argentina, 1961, pp. 52-55.

Las funciones educativas de la familia son:

"A.- El cuidado del niño desde su nacimiento.

B.- Siendo la familia el primer grupo que rodea al niño --- constituye un agente educativo determinante, ya que condicionará su educación que más tarde le proporcionarán grupos más amplos en forma sistemática, así los hábitos alimenticios, los hábitos higiénicos, las formas de comportamiento son adquiridos en el hogar y difícilmente pueden cambiarse en el curso de la vida.

C.- La familia es el principal agente de la incorporación de las nuevas generaciones a los valores morales y religiosos de la comunidad.

D.- La familia es el principal agente de educación vocacional; el niño desarrolla su capacidad y su talento por primera vez en el seno de la familia, sintiendo el estímulo de sus padres y hermanos, tratando de unirse a cualquier actividad de estos.

E.- La vida familiar constituye un poderoso medio educativo para los niños. Contribuye a la formación del carácter y de la personalidad social. La armonía entre los padres e hijos, la colaboración de todos los miembros son factores decisivos en la educación del niño.

F.- La familia es un elemento esencial para la educación -- sistemática proporcionada por la escuela". (57)

(57) Piügel, J.C. ,Op cit., pp. 103-121

La familia es la primera escuela del hombre. Allí no solamente adquiere los hábitos y experiencias que lo capacitan para adaptarse a la vida social e individual, sino que es el factor determinante de la formación de la personalidad.

Las enseñanzas en el hogar influyen poderosamente en las ideas, las creencias, las actividades y el comportamiento del individuo.

3.3.1. La importancia de la participación familiar con los niños afectados por los problemas de audición y lenguaje.

Después de haber analizado a la familia, sus características y funciones se adentrará al tema de la investigación: problemas de audición y lenguaje y la importancia que tiene la familia en la recuperación del niño que presenta tales problemas. Esto es importante porque va a ayudar no solo al niño sino que serán una ayuda también para el terapeuta que esté tratando el problema. Para llegar a esto es necesario primero analizar y entender la importancia de esa participación familiar en problemas de lenguaje y luego en los de audición, ya que la participación es diferente en cada una de ellas.

Primero hay que entender el aislamiento en que viven y se sienten las personas que tienen problemas en el lenguaje, pero aún más los niños quienes muestran rechazo a las actividades que son propias de la infancia aunque no solamente ellos la sienten sino también los parientes y familiares quienes además sienten

ten preocupación, tristeza, desesperación, culpabilidad en algunos de los casos e impotencia hacia el problema del niño por lo que es importante que la familia entienda el problema y acepte sus limitaciones, para que pueda ayudarlo a superarlas. También es conveniente y puede auxiliar el hecho de que la familia intercambie ideas y platique el problema a fin que la angustia se pueda reducir y sea comprendida mejor. (58)

Se puede considerar que la familia es la que debe crear una atmósfera positiva que ayude en la recuperación del niño, estimulándolo en todo lo que haga, y llevándolo a sus sesiones terapéuticas para que pueda seguir desempeñando sus actividades dentro y fuera del hogar.

Es importante que dentro del hogar no se hagan críticas o correcciones severas por los errores cometidos, lo que es común en padres, otro error cometido por ellos es el hablar en lugar del niño o el adivinarle lo que quiere decir y resolver los ejercicios de la terapia, esto no solo es perjudicial para el niño sino que no le permiten seguir adelante y superar su problema, haciéndolos dependientes en todo.

Por el contrario debe permitírsele que haga lo que desee y esté de acuerdo a sus posibilidades, guiándolo en todas sus ac-

(58) López Barrera, Ma. Victoria, Cómo ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar, Edt. Prensa Médica Mexicana, México, 1986, pp. 7-8.

tividades y ejercicios, además de que es importante elogiar el esfuerzo que realice y las metas que alcanza por pequeñas que sean ya que es frecuente que las personas con problemas de lenguaje y en especial los niños tengan sentimientos de fracaso -- cuando no pueden lograr una actividad o el comunicarse, lo que en muchos casos se tiende a regañar o a sancionar el error, -- por el contrario la familia debe mostrarse tranquila, comprensiva y sobre todo permitir que exteriorice su pesar o sentimiento para posteriormente estimularlo para que cambie de actividad -- por otra más optimista, lo que permitirá que esas reacciones -- tiendan a ir desapareciendo. (59)

Todo esto se reduce a una serie de indicaciones que la familia debe tomar en cuenta, lo que queda resumido de la siguiente manera:

1.- Motivar al paciente para que tome parte activa en actividades y oficios que se realizan en el ambiente familiar.

2.- Dejarlo actuar según su propio criterio.

3.- Elogiar cualquier progreso que alcanza por mínimo que sea, para lograr estimular su recuperación.

4.- Ayudarlo a reiniciar o desarrollar actividades simples en juegos que servirán de apoyo y estímulo para su pensamiento y lenguaje." (60)

(59) López Barrera, Ma. Victoria, Op cit. pp. 23-31

(60) Ibidem. pp. 35-37

En el caso de los niños con problemas de audición la situación es diferente, aunque en algunos puntos igual que en los problemas de lenguaje, en el sentido de la atención hacia el niño, es decir, que se debe tener hacia ellos un profundo respeto y afecto; y sobre todo una estimulación y apoyo similar a la anterior. Lo importante es que ambos debe haber una aceptación total por parte de los padres ya que así facilitan la terapia, esto desde luego no es fácil pero existen múltiples formas de que un padre pueda aceptar el problema de lenguaje o de audición como el estar bien informado acerca de la incapacidad que tiene su hijo y sobre todo la severidad del problema para saber la naturaleza de lo que están enfrentando.

Esto es importante ya que los padres son los más indicados para dar educación a sus hijos con problemas de audición, por las características que presentan y los factores amor y paciencia que hacen más fácil la rehabilitación, pero además no solo se deben tener en mente esto sino que para educar a un niño con problemas de audición hay que tomar en cuenta lo siguiente:

A.- Adiestrarlo en hábitos higiénicos y trato social, que en todo niño normal debe existir; pero esto habría que hacerlo de manera más acentuada en niños con problemas de audición ya que el hecho de que el niño practique y adquiera estos hábitos le facilita su convivencia con los demás, le da seguridad y le permite adquirir una forma correcta de comportamiento.

B.- Estimularlo y enseñarlo a hacer independiente y tener confianza en sí mismo, esto ayuda mucho a los niños ya que per-

te que desarrollen toda actividad en forma independiente y productiva lo que hará que no sea dependiente de todos aquellos -- que le rodean, ni sea una carga pesada para ellos.

C.- Socializarlo y hacerlo sentir que los demás merecen también consideraciones como él las recibe. Este punto es relevante en los niños con problemas auditivos, ya que permite que no se aislen socialmente y que hallen la satisfacción de relacionarse con otras personas de manera cordial. Si esto no ocurre -- no logrará desarrollar tales actividades y sentimientos de obligación hacia los demás; paralelamente, no podrá adaptarse a la sociedad y le resulte muy difícil hallar la felicidad.

D.- Desarrollar destrezas manuales y las habilidades físicas que seran una manera de integrar su personalidad y sentirse útiles.

E.- Estimular y orientar la curiosidad intelectual que sienten los niños al querer saber, explorar y conocer todo aquello que les es desconocido, pero siempre y cuando se haga orientándolos, pues de lo contrario se frustrarían.

F.- Desarrollar la iniciativa personal y las habilidades -- creadoras, que vienen siendo la culminación o la meta a la que todo niño con problemas auditivos debe de llegar para ser autodidactas y totalmente independientes. Esto se logra a través de la superación de todos estos puntos. (61)

(61) Morkovin, Boris V., Rehabilitación del niño sordo, Edt. -- Prensa Médica Mexicana, México, 1963, pp. 29-32

Por último es necesario recalcar que la educación de éstos niños tanto de lenguaje como de audición, debe empezar a temprana edad de preferencia en la edad preescolar en que el niño capta todo y es muy sensible a todo aquello que le rodea y que además empieza la socialización externa, es decir, con amigos y parientes.

3.4. La educación social.

Dentro de la vida de cada individuo, existen factores importantes y trascendentales para toda su vida, como por ejemplo, la educación que se inicia desde los primeros días de vida hasta el término de ésta. La educación comprende varios tipos, como son la educación para la salud para adquirir buenos hábitos, para enriquecer nuevos conocimientos, o para poder relacionarse con otras personas, esto es, una educación social, mejor conocida como socialización.

"La socialización es un proceso mediante el cual alguien aprende de los modos de una sociedad o grupo social dado, en tal forma que puede funcionar en ellos". (62)

Esta educación o socialización es recibida desde los primeros años de vida por uno de los primeros agentes de socializa--

(62) Elkin, Frederick, El niño y la sociedad, Edt. Paidós, Argentina, 1964, p. 9

dres e hijos, por un lado, o entre los mismos adultos por el otro, planteado a su vez un enriquecimiento de información, criterios y perspectivas a la familia, que en un momento dado puede agudizar también al desacuerdo y la falta de unidad familiar. A pesar de la aparición de instituciones como la escuela, es indudable que la familia sigue siendo el mejor organismo para el cuidado y sobre todo, para la socialización del niño.

Aunque se puede decir la escuela y la familia deben unir esfuerzos para lograr una socialización más completa, ya que por su lado la escuela permite la enseñanza de valores de la comunidad en donde se desarrolla y la práctica con los demás miembros de la escuela que tiene la particularidad de ser de la misma edad y de ambos sexos; y por otro lado la familia que interviene a lo largo de la vida individual de cada uno de sus miembros lo que hace que sea más integral esta educación social de una y de otra parte.

A medida que el niño crece, la presencia de hermanos y hermanas desempeñan un papel importante en su socialización y en el desarrollo de una personalidad flexible. En la interacción constante con individuos de capacidad muy próxima a la propia, el niño puede llegar a una valoración realista de sus aptitudes y defectos de las pautas de conducta social más adecuada a ambos.

Es por eso que la educación social es un proceso social que no es posible comprender si no entendemos al conjunto de aquellos grupos sociales e instituciones que ayudan al desenvolvi-

miento de la sociedad. (63)

3.5. El papel del trabajador social en la educación.

Dentro de las diferentes funciones que realiza el trabajador social durante su desempeño profesional se encuentra la función de educador u orientador en cualquiera de las áreas de intervención profesional que se encuentre.

Y es precisamente esa función la que interesa a la investigación, ya que para los problemas de audición y lenguaje es necesaria una adecuada orientación que implique una educación formadora para todos aquellos que tengan familiares que se encuen---tren afectados por estos problemas.

Ahora bien, por las características que presenta el trabaja-dor social, se puede decir que es uno de los profesionistas que realiza esta función tan importante dentro de cualquier área como son la jurídica, la de educación, la de salud, etc; y que implica una forma fundamental dentro de ellas.

La orientación o educación a los padres de los niños con problemas de audición o lenguaje resulta una de las tareas principales de los trabajadores sociales ya que esta orientación va a tender a ayudar no solo a la familia y al niño, sino que tam---

(63) Azevedo, Fernando de, Sociología de la educación, Edt. Fon do de Cultura Económica, México, 1987, pp. 92-94

bién es un auxiliar para los terapeutas que al igual que los --
trabajadores sociales buscan el bienestar individual y social -
de cada uno de los pacientes que acuden al Instituto Nacional -
de la Comunicación Humana.

Además esta orientación resulta indispensable al inicio de -
cada terapia, en la que los padres se sienten desorientados, --
preocupados y angustiados ante el problema de sus hijos, senti-
mientos que no solo van a afectar al paciente, sino que además--
repercuten en los demás miembros de la familia, habiendo un de-
sequilibrio emocional en ella.

Esta tensión familiar es disminuida con una adecuada orienta-
ción o educación acerca del problema y de qué manera afrontar -
lo para poder ayudar al niño.

Esta orientación y educación comprende desde la aceptación -
del problema hasta la convivencia familiar que debe darse en e-
lla.

Todo esto debe de llevarlo a cabo el trabajador social a tra-
vés de un trabajo tanto multidisciplinario como interdisciplina-
rio que refuerce esta educación u orientación.

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. Objetivos

El objetivo general es el de contribuir al bienestar individual y social del niño que presente problemas de audición y lenguaje, mediante una adecuada orientación familiar.

Los objetivos específicos son:

- a) Orientar a la familia en aspectos de educación especial para ayudar a la recuperación del niño.
- b) Intentar la integración familiar del niño con problemas de audición y lenguaje mediante la educación de los padres.
- c) Ayudar al niño con problemas de audición y lenguaje en su integración social al medio.

4.2. Hipótesis

La hipótesis propuesta para este trabajo fue la siguiente:

La participación del trabajador social mediante la educación contribuye a la integración familiar y social del niño con problemas de audición y lenguaje.

4.3. Justificación.

Existen infinidad de perturbaciones tanto físicas como psicológicas que impiden al ser humano una adecuada adaptación al medio en el que se desarrolla.

Personas de todas las edades sufren de dichos trastornos,

sin embargo, el sector poblacional que debe recibir mayor atención y rehabilitación es el infantil, por ser el que ofrece mayores posibilidades de recuperación. Naturalmente, no todos los niños son susceptibles de recibir atención y recuperarse, pues hay males que no tienen cura ni solución, pero sí hay algunos que, a base de atención médica, psicológica, terapéutica, etc., pueden desarrollar casi todas sus capacidades de manera normal. Entre ellos encontramos las alteraciones de audición y lenguaje

Los niños con este tipo de problemas verá afectados los ámbitos en los que se desenvuelven, como en el familiar y el social.

Debido a ello, se busca en el presente trabajo que el trabajador social contribuya en forma determinante a la reincorporación de el niño dentro de su dinámica familiar y social.

El camino a seguir será el de trabajar con uno de los componentes básicos de la familia: los padres, con el objetivo de complementar los beneficios recibidos por los niños durante sus tratamientos y terapias, pues la ayuda familiar es fundamental para alcanzar el óptimo desarrollo de sus facultades.

4.4. Planteamiento del problema

En este caso, se buscó cómo puede el trabajador social contribuir al mejoramiento de la dinámica familiar de los niños -- con problemas de audición y lenguaje, comprendidos entre los 4 y los 12 años de edad que acuden al Instituto Nacional de la --

Comunicación Humana de la Secretaría de Salud.

4.5 Elaboración del instrumento

El instrumento de recolección de datos se elaboró en base a los indicadores establecidos previamente, derivados de la hipótesis, y se buscó la información que satisficiera los siguientes puntos:

1. Datos generales de la familia (padres e hijos, además, el niño que presente el problema de audición y lenguaje).
2. Problema presentado por el niño que acude al Instituto.
3. Dinámica familiar.
4. Desarrollo social.
5. Actividad escolar.
6. El trabajador social y su actividad dentro del Instituto. (Véase anexo 1).

Asimismo, y en base a una entrevista con la bioestadista y la coordinadora de terapia del Instituto, se perfeccionó el diseño del instrumento de trabajo.

4.6. Selección de la muestra

Debido a la variedad en cuanto al horario de asistencia de los niños a las terapias, esto es, hay niños que asisten desde tres días a la semana, hasta una vez nada más; se decidió tomar

el creiterio que a continuación se describe:

Durante dos semanas se acudirfaal Instituto en el turno ma-
tutino de terapias; la primer semana será de las 8:00 a las --
11:00 horas, y la segunda, de las 11:00 a las 14:00 horas, con
el fin de captar al mayor número de personas que llevaran a los
niños a terapias.

Como se mencionó, el instrumento se aplicaría a aquellas -
personas que llevaran a terapia a niños comprendidos entre los-
4 y 12 años de edad.

Las entrevistas fueron aplicadas mientras los padres espe-
raban la finalización de las sesiones de terapia de los niños.

Finalmente, se mencionará el hecho de que el instrumento -
fue aplicado a los familiares y padres de familia cuyos hijos -
tenían un año o menos de acudir a terapia, pues se consideró --
que el tener más tiempo asistiendo implicaba una mayor partici-
pación y constancia de la familia respecto a las terapias de ~~su~~
sus hijos, siendo que lo que se busca en esta investigación es
precisamente iniciar e incrementar la participación de la fami-
lia en la recuperación de los niños mediante la intervención --
del trabajador social.

4.7. Recolección de datos.

El total de entrevistas aplicadas durante las dos semanas
en el horario matutino fue de 56. Los datos de algunos cuadros
que a continuación se muestran, varían pues en ocasiones los --

individuos se mostraron renuentes a responder.

Cabe mencionar que el instrumento se manejó como entrevista y no como cuestionario, por lo que muchos cuadros no aparecen como preguntas dentro del cuestionario que aparece como anexo, ya que esta información fue proporcionada por los padres de familia de manera adicional, la cual se consideró importante para la investigación. Estos son los resultados obtenidos:

CUADRO NO. 1

MADRES DE FAMILIA (ESTADO CIVIL)

Estado civil	f	%
Casadas	53	95
Solteras	3	5
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 2

OCUPACION (MADRES DE FAMILIA)

	f	%
No trabajan	52	93
Trabajan	4	7
	56	100

-78-

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 3

EDADES DE LAS MADRES DE FAMILIA (EN AÑOS)

Edad	f	%
Menos de 20	1	2
20 a 25	5	9
26 a 30	13	23
31 a 35	21	37
36 a 40	11	20
41 a 45	4	7
Más de 45	1	2
	56	100

-79-

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO NO. 4

ESCOLARIDAD (MADRES DE FAMILIA)

Escolaridad	f	%
No sabe leer ni escribir	2	3.5
Primaria no concluida	2	3.5
Primaria concluida	27	48
Secundaria no concluida	3	5
Secundaria concluida	7	13
Bachillerato concluido	4	7
Carrera técnica	9	16
Carrera profesional	2	4
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 5

PADRES DE FAMILIA

Padres	f	%
Vivos	50	92
Finados	4	8
	54	100
Base 56		

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 6

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

Escolaridad	f	%
No sabe leer ni escribir	1	2
Primaria concluida	16	32
Secundaria no concluida	3	6
Bachillerato concluido	9	18
Carrera técnica	2	4
Carrera profesional	5	10
	50	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 7

EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA (EN AÑOS)

Edad	f	%
26 a 30	13	27
31 a 35	18	37
36 a 40	9	18
41 a 45	6	12
Más de 45	3	6
	50	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 8

PRINCIPAL ACTIVIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

Tipo de actividad	f	%
Empleado	18	36
Trabajador independiente	9	18
Obrero	8	16
Chofer	8	16
Comerciante	3	6
Profesionista	3	6
No trabaja	1	2
	50	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 9

NIÑOS QUE ACUDEN AL INSTITUTO

	1	8
Niños	34	61
Niñas	22	39
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de nov.

CUADRO NO. 10

EADES DE LOS NIROS QUE ACUDEN AL INSTITUTO (EN AROS)

Edad	f	%
4 a 6	36	64
7 a 9	14	25
10 a 12	6	11
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 11

HIJOS COMPONENTES DE LA FAMILIA.

Número de hijos	f	%
1 a 2	17	40
3 a 5	21	51
Más de 5	4	9
	41	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 12

ALGUN OTRO HIJO TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN Y LENGUAJE

	f	%
No.	50	89
Si	6	11
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO.13

PROBLEMA PRESENTADO POR EL NIÑO

Alteración (tipo)	f	%
Afasia	23	41
Hipoacusia	15	28
Otro	7	12
Retardo de lenguaje	6	10
Problema labiar-paladar	5	9
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 14

PERSONAS QUE DETECTARON EL PROBLEMA DEL NIÑO

Persona	f	%
los padres	39	70
El profesor	8	14
Otro	6	11
Algún familiar	3	5
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México. 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 15

SENTIMIENTOS DE LA PAREJA AL CONOCER AL PROBLEMA DE SU HIJO

Descripción	f	%
Lo tomaron en forma normal	17	35
Se sintieron mal	11	22
No sintieron nada	11	22
Sintieron preocupación	6	13
Mal y tristes, pero con deseos de ayudarlo	2	4
Incredulidad y resignación	1	2
No lo aceptaron	1	2
	49	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 16

PROBLEMAS SURGIDOS ENTRE LA PAREJA A RAIZ DEL CONOCIMIENTO DE LA AFECCION
DEL NIÑO

Problemas	f	%
No hubo problemas	43	88
Surgieron algunos problemas	6	12
	49	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 17

PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA

Personas	f	%
Padres e hijos	34	64
Padres e hijos y otro(s) familiar (es)	17	32
Madre e hijos	2	4
	53	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 18

FRECUENCIA DE CONVIVENCIA ENTRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

Frecuencia	f	%
Siempre	49	87.5
A veces	4	7
Casi siempre	2	3.5
Casi nunca	1	2
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 19

FRECUENCIA DE CONVIVENCIA DEL NIÑO CON PERSONAS INDEPENDIENTES A LA FAMILIA

Frecuencia	f	l
Siempre	28	51
A veces	12	22
Casi siempre	10	18
Casi nunca	4	7
Nunca	1	2
	55	100

Base:56

Fuente:Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 20

PERSONAS CON QUIENES CONVIVE EL NIÑO

Descripción	F	%
Amigos	20	56
Parientes	10	26
Vecinos	5	13
Con todos	3	8
	38	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al.16 de noviembre.

CUADRO NO. 21.

AYUDA DE LOS PADRES EN LA RECUPERACION DEL NIÑO

Tipo de ayuda	f	%
Asisten a las terapias y realizan los ejercicios terapéuticos en el hogar	46	87
Realizando los ejercicios terapéuticos en el hogar	7	13
	53	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 22

FRECUENCIA DE LA PARTICIPACION DE TODA LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL NIÑO.

	f	%
Siempre	26	46
Casi siempre	9	16
Nunca	8	14
Casi nunca	7	13
A veces	6	11
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 23

PREPARACION DE LAS FAMILIAS PARA AYUDAR A LA RECUPERACION DEL NIÑO

Preparación	f	%
Están preparados	20	36
Les hace falta mayor información	20	36
No están preparados	15	28
	55	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 24

LUGAR DE ESTUDIOS DEL NIÑO

Tipo de escuela	f	%
Escuela pública	46	82
Escuela privada	5	9
No recibe educación escolar	5	9
	56	100

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de Noviembre.

CUADRO NO. 25

GRADO ESCOLAR ACTUAL DEL NIÑO

Grado	F	f
Pre-escolar	25	49
Primer grado	11	21
Tercer grado	5	10
Segundo grado	4	8
Cuarto grado	3	6
Quinto grado	3n	6
	51	100

Base:56

Fuente:Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 26

PARTICIPACION DEL NIÑO EN ALGUNA ACTIVIDAD DE TIPO CULTURAL, DEPORTIVA O RECREATIVA

	f	%
Nunca	23	43
A veces	15	28
Siempre	6	11
Casi siempre	5	9
Casi nunca	5	9
	54	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 27

TIPO DE ACTIVIDAD

Actividad	f	%
Deportiva	29	79
Recreativa	5	21
	24	100

Base: 56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 28

CONSIDERA EL PADRE DE FAMILIA NECESITA ALGUN CURSO DE OREINTACION PARA
AYUDAR A SU HIJO

Opini6n	f	%
Sí lo necesita	37	70
No lo necesita	12	23
Complementaría su informaci6n.	4	7
	53	100

Bae:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto
Nacional de la Comunicaci6n Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

CUADRO NO. 29

ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL INSTITUTO A OPINION DE LOS
PADRES DE FAMILIA

Tipo de actividad	f	%
Sólo canaliza y dá consultas	18	35
No hace nada	18	35
Consiguió aparatos auditivos y hace un buen trabajo	5	10
No tiene idea de lo que es trabajador social	4	8
Sólo orecinta	4	8
Confunde trabajo social con terapistas	2	4
	51	100

Base:56

Fuente: Entrevistas aplicadas a los padres de familia en el Instituto
Nacional de la Comunicación Humana. México 1990. 5 al 16 de noviembre.

Según los datos, la mayoría de las madres no trabaja, 52 de las 56 entrevistadas no lo hacen, en el 95% de los casos son casadas, siendo sólo 4 de ellas viudas.

Sus edades fluctúan entre los 26 y los 35 años de edad, re presentando el 60% de las entrevistadas.

Su escolaridad en un 48% es de primaria concluida, por con traste, sólo el 13% concluyó la secundaria y el 16% alcanzó a finalizar una carrera técnica.

Por lo que respecta a los padres, se tiene que de 54 res-- puestas, en el 92% de los casos existe la figura paterna dentro de la familia siendo solamente 4 de las personas, ya fallecidas

Sus edades varían entre los 26 y los 35 años de edad, con-- juntando en total el 64% de las respuestas. En cuanto a su esco laridad, el 32% de 50 respuestas, indican la conclusión de la -- educación primaria, el 28% concluyó la enseñanza media, el 18% presenta el bachillerato terminado y el 10% de los padres cuen-- ta con una carrera profesional (a diferencia de las madres, don de sólo el 3.5% de ellas llegó a estudios profesionales).

De la ocupación de los padres, los resultados son homogé-- neos, excluyendo lo referente al inciso de "empleados", donde -- el 36% de 50 respuestas indica dicha ocupación. El 18% son tra-- bajadores independientes, y el 16% corresponde tanto a choferes como a obreros.

Aquí se distinguirá el hecho de que solamente dos padres de familia fueron entrevistados durante el período de aplica-- ción de las entrevistas.

Según los datos, la mayoría de las madres no trabaja, 52 de las 56 entrevistadas no lo hacen, en el 95% de los casos son casadas, siendo sólo 4 de ellas viudas.

Sus edades fluctúan entre los 26 y los 35 años de edad, re presentando el 60% de las entrevistadas.

Su escolaridad en un 48% es de primaria concluida, por con traste, sólo el 13% concluyó la secundaria y el 16% alcanzó a finalizar una carrera técnica.

Por lo que respecta a los padres, se tiene que de 54 res-- puestas, en el 92% de los casos existe la figura paterna dentro de la familia siendo solamente 4 de las personas, ya fallecidas

Sus edades varían entre los 26 y los 35 años de edad, con-- juntando en total el 64% de las respuestas. En cuanto a su esco laridad, el 32% de 50 respuestas, indican la conclusión de la educación primaria, el 28% concluyó la enseñanza media, el 18% presenta el bachillerato terminado y el 10% de los padres cuenta con una carrera profesional (a diferencia de las madres, don de sólo el 3.5% de ellas llegó a estudios profesionales).

De la ocupación de los padres, los resultados son homogé-- neos, excluyendo lo referente al inciso de "empleados", donde el 36% de 50 respuestas indica dicha ocupación. El 18% son tra-- bajadores independientes, y el 16% corresponde tanto a choferes como a obreros.

Aquí se distinguirá el hecho de que solamente dos padres de familia fueron entrevistados durante el período de aplica-- ción de las entrevistas.

En otro punto, se tiene lo siguiente:

El total de niños fue de 56, siendo 34 del sexo masculino y 22 del sexo femenino. Las edades de los niños de ambos sexos varía principalmente entre los 4 y 6 años de edad, representando el 64% del total de las edades de los niños.

Por otro lado, las familias de dichos niños tienen de 3 a 5 hijos, es decir, 21 de 41 respuestas.

La mayoría de esas familias (89%) no tienen otro hijo con problemas de audición y lenguaje.

Los niños que asisten al Instituto presentan principalmente problemas afásicos (23 de los 56 niños) e hipoacusia (15 niños).

Los padres, como se sabe, siempre juegan un papel determinante en la recuperación del niño cuando presentan algún tipo de alteración, por ello, se investigó lo siguiente:

Los padres fueron los que detectaron el problema de los niños (70%), además, afirmaron haberlo tomado en forma natural — (35%), mientras los que no sintieron nada y las que se sintieron mal, recibieron 11 respuestas cada uno.

Dijeron no haber tenido ningún problema familiar (88% de los casos) a raíz del conocimiento de la fección del infante. — Son familias eminentemente nucleares, pues el 64% de los 53 que respondieron a este cuestionamiento, dijeron vivir juntos solamente padres e hijos, sin ningún familiar más, únicamente el — 32% viven con otros familiares. Prácticamente no se da el caso que viven solamente padre e hijo o madre e hijos.

La familia convive en gran medida con el niño (87.5%). Mas no es la misma convivencia con otras personas, pues sólo la mitad (51%) afirmó convivir con personas ajenas a la familia, el 22% dijo hacerlo sólo en ocasiones y el 18% casi siempre. Esas personas ajenas a la familia son generalmente amigos y pariente

Hay resultados alentadores, pues en un 87% de las 53 respuestas dadas, auxilian al niño en la ejecución de los ejercicios terapéuticos en el hogar, además de asistir junto con los niños a las terapias dentro del Instituto. La frecuencia de la participación de toda la familia de siempre y casi siempre incluye en total 62% de los casos. Es significativo por otra parte, los que van de a veces a nunca en cuanto a la ayuda prestada, al niño por la familia conforman el 38% de los casos.

Los que respondieron a las entrevistas incurrieron en una contradicción, pues por un lado, dijeron que o estaban preparados para auxiliar adecuadamente a sus hijos (36%) o que les hacía falta mayor información (36%); en contraste, los que dijeron definitivamente no estar preparados fueron sólo el 28%; posteriormente, en otra pregunta, el 70% de 53 respuestas dadas admiten la necesidad de cursos de orientación para ayudar al niño

Hablando de los niños, se obtuvo el dato siguiente: el 82% de los 56 niños estudia en escuela pública, y en correspondencia a datos previos, estudian el nivel pre-escolar (49%) y en primer grado 21%.

Cabe hacer notar la escasa participación de los niños en actividades ajenas a lo que es la convivencia familiar y la que

podrían tener en el Instituto. Nunca o casi nunca (52%) llevan a cabo actividades de tipo cultural o recreativo. Sólo el 20% las efectúan siempre o casi siempre; la principal actividad desempeñada es el deporte (19 c. sos).

Finalmente, se pidió la opinión de los padres acerca de la actividad desempeñada por el trabajador social dentro del Instituto, y el 35% de 51 respuestas indica que a su juicio sólo canalizan y dan las consultas, otro 35% opinó que no realizan actividad alguna dentro del Instituto.

4.8. Análisis e interpretación de datos.

La aplicación de entrevistas dió los siguientes resultados. Iniciando por la familia, se tiene que son parejas casadas en donde la figura de la madre siempre está presente y casi siempre la del padre. Son parejas jóvenes comprendidas entre los 26 y los 35 años por ambos sexos. Su nivel educativo es bajo, pues la mayoría de padres y madres únicamente cuenta con la educación básica; aún así, los padres superan a las esposas en cuanto a nivel educativo, mayor número de hombres completó secundaria, bachillerato y cuenta con carrera profesional.

Prácticamente ninguna mujer trabaja, y eso se explica por la necesidad de llevar a los niños a las terapias, así como ayudarlos en los ejercicios terapéuticos dentro del hogar. Además, es necesario decir que se entrevistó únicamente a dos padres de familia que llevaban a los niños. Eso indica que la responsabi-

lidad del niño o la niña recae primordialmente en la mujer.

La ocupación de los padres indica un nivel de vida y económico bajo o medio bajo, pues muchos de ellos se clasificaron — simplemente como empleados, o trabajadores independientes; algunos más dijeron ser choferes u obreros. Sólo unos pocos son profesionistas, lo que confirma el nivel escolar establecido con anterioridad, pues quiere decir que por su escasa preparación les es difícil conseguir trabajos mejor remunerados.

La educación de los padres (del hombre y de la mujer) podría tener cierta relación con respecto a la ayuda que le puede proporcionar al niño para su recuperación, pues si bien se preocupan tanto por conducirlo al Instituto como para realizar en el hogar los ejercicios encomendados por las terapistas, declararon abiertamente su necesidad de cursos orientados a incrementar su preparación, auxiliando así mejor a sus hijos, aún cuando esta falta de preparación fue negada con anterioridad.

Los padres prestan atención a sus hijos, pues fueron casi siempre los que descubrieron el problema de sus hijos y no les afectó como pareja ese conocimiento. Sus reacciones al conocer la problemática variaron, pero se podría decir que lo aceptaron como realidad.

Son familias hasta cierto punto numerosas, casi la mitad de las entrevistadas afirmaron tener entre 3 y 5 hijos, quizás esto indicaría problemas en el interior de las familias, pues un niño que asiste a terapias requiere de mucha atención y tiempo, elementos que tal vez les falte a los otros hijos. Las res-

puestas indican que más de la mitad de las familias participan en conjunto con la madre para la recuperación del niño.

Son familias nucleares, aproximadamente dos tercios de ellas así lo afirman. Elimina esto desde luego posibles interferencias en el núcleo familiar.

Otro dato importante es el que los niños casi siempre conviven con toda su familia, mas no con personas independientes a esta. Eso podría indicarnos cierta sobreprotección al niño, aunque no hay que descartar la edad de estos, porque prácticamente todos los niños tienen edades entre los 4 y los 6 años, y no es fácil que a esa edad se les dé mucha libertad, requieren de más vigilancia familiar.

Esas familias prácticamente tienen sólo un hijo con afecciones del lenguaje o bien del oído. Hablando de los niños, se dirá que más de la mitad son del sexo masculino, indica una mayor incidencia en hombres que en mujeres.

Asisten a escuelas públicas y cursan grados acordes a su edad. Presentan comúnmente problemas afásicos y de hipoacusia.

Por último, se pidió la opinión de los padres sobre la actividad del trabajador social dentro del Instituto y los resultados no fueron alentadores: o piensan que no hace nada, o que sólo se limita a canalizar y a dar fechas de consulta, esta opinión demuestra la poca participación del trabajador social en esta institución.

4.9. Presentación de resultados.

Concluyendo, han en general un interés de las familias por el problema y la recuperación del niño, pero falta una mayor — participación de toda la familia, pues la responsabilidad la de legan en la madre.

Son familias jóvenes, receptivas al cambio y a la orientación que se les pudiera ofrecer, ellos mismos manifestaron sus deseos de incrementar su conocimiento a fin de auxiliar mejor a sus hijos.

Sus familias están integradas en la mayoría de los casos, es decir, todos los elementos de la familia están presentes.

Son el campo propicio para la intervención del trabajador social del Instituto, que como se ha visto, requiere de un gran esfuerzo para que pueda desempeñarse como el profesional que es.

CAPITULO V

**PROGRAMA: EDUCACION A PADRES DE FAMILIA
DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE AUDICION Y DE LENGUAJE**

5.1. Justificación.

Dentro de las actividades que realiza el Instituto Nacional de la Comunicación Humana está el tratamiento y rehabilitación de niños con problemas de audición y lenguaje, entre otras

Este tipo de problemas alteran la vida normal del niño y por lo tanto, afectan los ámbitos en los cuales se desenvuelve todo individuo, como el familiar y el social.

Debido a ello se busca, más que resolver el problema físico, el que se reincorporen eficazmente a su medio familiar y social, por tal motivo el interés para elaborar y proponer el presente programa es precisamente motivar a que los trabajadores sociales que laboren dentro del Instituto contribuyan a reincorporar al niño dentro de la dinámica familiar y social.

Para esto se buscará actuar con una de las partes componentes de la familia: los padres, quienes son pieza fundamental para complementar todos aquellos beneficios que los niños han recibido de su tratamiento terapéutico, de esta manera se pretende que el niño logre su recuperación con la ayuda familiar y terapéutica.

Considerando todo lo anterior, se propone el presente programa para ser aplicado dentro del Instituto por trabajadores sociales, los cuales mediante orientación y educación logren proporcionar elementos para entender y ayudar a sus hijos que tengan problemas auditivos o de lenguaje.

De tal manera que tanto los padres como los hijos cuente -

con elementos más integrales que ayuden en su rehabilitación.

5.2. Objetivo general.

Proporcionar mediante pláticas de orientación-educación -- elementos a los padres de familia que les permitan entender y -- ayudar a su hijo con problemas de audición y lenguaje, a fin de contribuir al bienestar individual y social del niño.

5.3. Objetivos específicos.

- 1.- Orientar a los padres de familia sobre aspectos de la vida diaria que puedan afectar al niño.
- 2.- Ayudar a los padres de familia, dándoles orientación sobre aspectos de educación especial para ayudar a la recuperación - del niño.
- 3.- Propiciar la formación de grupos en que los padres de familia puedan externar sus inquietudes y se instrumenten actividades de diferente índole.

5.4. Metas.

- 1.- Orientar en un 80% a los padres de familia sobre aspectos - de educación especial y de la vida diaria que ayuden al niño en su recuperación.
- 2.- Propiciar la formación de grupos en un 90% para que los pa-

dres exteriorizar sus inquietudes.

5.5. Límites.

Tiempo

El programa tendrá una duración de 4 meses, utilizando las dos primeras semanas para sensibilizar a los padres de familia 3 meses en la realización de actividades y pláticas de orientación y las dos últimas semanas para realizar la evaluación del programa y de los grupos. Las pláticas o sesiones tendrán una duración de 2 horas como máximo. Asimismo, en cada grupo se llevarán a cabo de 8 a 12 sesiones como mínimo.

Espacio

El programa se llevará a cabo en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, utilizando el auditorio o las aulas de terapias para realizar las pláticas de orientación-educación.

Universo.

El universo de trabajo serán los padres de familia que lleven a sus hijos a terapia al Instituto y que tengan como máximo un año de terapias. Los grupos serán abiertos y con la cantidad de asistencia que sea posible.

5.6. Recursos

Humanos

Se contará con 3 alumnas de la Licenciatura en Trabajo Social (prestadoras de servicio social) y una supervisora, misma que será una de las trabajadoras sociales que laboran en el Instituto. Además, se contará con un médico especialista del Instituto a fin de aclarar dudas.

Materiales

El material para realizar las pláticas serán: folletos, películas, diapositivas, carteles, láminas, etc. ; además del auditorio o aulas como locales para realizar las pláticas.

Financieros

Serán proporcionados tanto por la institución como por las alumnas de Trabajo Social.

5.7. Funciones y actividades.

Funciones

1. Promoción de pláticas.
2. Sensibilización a los padres de familia con vista a su asistencia a las pláticas.
3. Concientización a la población para que conozcan la utilidad que las pláticas aportarán a su conocimiento.
4. Formación de grupos a los cuales se les impartirán pláticas.
5. Orientar a los padres de familia durante las pláticas.
6. Organización de las sesiones de trabajo.

- 7.-Controlar dichas sesiones.
8. Dirigir las sesiones de trabajo junto con algún especialista.
9. Evaluar las sesiones de trabajo.

Actividades

1. Elaborar cartulinas, folletos y todo lo necesario para la -- promoción.
2. Estructuración de pláticas y temas a desarrollar durante las sesiones.
3. Presentación del equipo de trabajo al grupo de padres de familia dándoles a conocer los objetivos del programa así como -- una panorámica general de las pláticas a desarrollar.
4. Elaboración de informes por cada sesión desarrollada.
5. Aplicación de dinámicas grupales.

5.8. Metodología.

La metodología a seguir será:

- 1.- Investigación.- donde se consultará bibliografía para con-- tar con un marco de referencia respecto a la intervención o la manera de cómo los padres pueden colaborar en la rehabilitación de sus hijos; así como todo aquello que se pueda observar den-- tro del Instituto, elaborando fichas de trabajo, informes, etc.
2. Diagnóstico.- Se hará una confrontación entre lo investigado y lo ya conocido de una manera empírica, en donde se harán fi--

chas de trabajo, indormes, diarios de campo.

3. Elaboración e implementación de programa y proyectos.- se ~~un~~ elaboran programa y proyectos que sirvan como propuestas de acción a lo investigado, utilizando las dinámicas de grupo, discusiones, pláticas, visitas domiciliarias, etc. Paralelamente, se utilizará el material didáctico, como películas, filminas, etc.

4. Ejecución de planes.- se llevarán a cabo los programas y proyectos propuestos para los cuales se utilizarán dinámicas de ~~un~~ grupo, pláticas; en resumen, todo lo anteriormente señalado.

5. Control y evaluación de programas y proyectos.- se hará la ~~un~~ evaluación de estos para contrastar los resultados con la investigación que se hizo, efectuando controles, evaluaciones, etc.

5.9. Evaluación.

La evaluación que se realizará en el programa se hará tanto del trabajo de los grupos como de las sesiones de trabajo y las actividades realizadas.

Esta evaluación se hará de dos maneras: en cada sesión y al final, haciendo una serie de preguntas a las señoras y señores, que servirá de evaluación final.

Además, se hará una evaluación hacia los trabajadores sociales acerca de su participación dentro del programa.

CONCLUSIONES

Como se pudo ver, el tipo de familia que acude al Instituto Nacional de la Comunicación Humana es homogéneo: en términos generales son familias organizadas, nucleares, con 3 y hasta 5 hijos y de un nivel económicamente bajo o medio bajo.

Existe un buen nivel de comunicación, así como preocupación por el desarrollo de sus hijos, primordialmente del niño afectado con el problema de audición o de lenguaje.

No obstante, algunos resultados podrían indicar cierta sobreprotección del niño con respecto al exterior de la familia, así como una monopolización de la atención de la madre hacia el niño (se habla de madres por ser las personas que las que recaen la responsabilidad del cuidado del niño que acude al Instituto).

Contrastando la hipótesis de la investigación con los resultados obtenidos se puede ver que si bien existe integración familiar, estará siempre presente la posibilidad de que el trabajador social pueda mejorarla y partir de ahí para lograr una integración social del niño, que como se pudo ver, es deficiente.

Asimismo, se logró identificar el concepto bajo el cual los padres de familia encuadran al trabajador social, y es el de un profesionalista al cual le hace falta mucho para desarrollar plenamente todas sus capacidades y habilidades como tal, concretándose únicamente al ejercicio de algunas funciones, como la canalización. Peor aún, algunos padres de familia indicaron que no lograban describir las actividades de los trabajadores sociales, diciendo que simplemente no hacían labor alguna.

Por lo tanto, es necesario incrementar la participación - del trabajador social dentro del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, que tome la iniciativa de abrir investigaciones, de proponer alternativas de acción para mejorar los servicios prestados a la población, de crear programas y proyectos - en donde su participación sea primordial, es decir, que cuente con una cerdadera intervención, haciendo importante su labor co mo profesionalista dentro de la institución.

Finalmente, se debe aclarar que la hipótesis no fue totalmente contrastada con los resultados, debido a que requería de la aplicación del programa para poder proceder a lo anteriormente señalado.

SUGERENCIAS

Durante la investigación que se realizó en el Instituto se observaron ciertas funciones que el trabajador social deja de - cumplir y que le son propias como profesionista, así como la in quietud por parte de las madres de familia (se habla de madres de familia por ser las que primordialmente acompañaban a los ni ños a las terapias por la creación de talleres creativos, a fin de aprovechar el tiempo mientras está a la espera de sus hijos.

Con respecto a las actividades que podrían desempeñar los trabajadores sociales se sugiere lo siguiente:

- 1.- Participación de los trabajadores sociales en las pláticas propuestas en el programa antes mencionado.
- 2.- Coordinación multidisciplinaria dentro de las pláticas.
- 3.- Formación de grupos de trabajo.
- 4.- Realizar estudios de caso cuando se requiera.
- 5.- Hacer visitas domiciliarias con el fin de investigar las -- causas de inasistencia a las terapias de algunos niños.

Por otro lado, las entrevistadas manifestaron la inquietud de - aprovechar mejor su tiempo mientras los niños asisten a terapia por lo que se sugiere la creación de talleres, mismos que serán especificados más adelante por las madres de familia, de acuerdo a sus intereses.

Por último, se indica la conveniencia de iniciar una coordinación entre el Instituto y la Escuela Nacional de Trabajo So cial, ya sea para la prestación de servicio social o para reali

zar prácticas institucionales.

BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, NATHAN WARD

Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares:
Psicodinamismos de la vida familiar

3a. edición.

Editorial Paidós.

Buenos Aires, 1961.

430 p.p.

ALVES GARCIA, J.

Trastornos del lenguaje.

Editorial Alfa.

Buenos Aires, 1958.

230 p.p.

AMAR, ANDRE; et. al.

La psicología moderna de la A a la Z.

Comprender, saber, actuar.

Editorial Mensajero.

Bilbao, 1971.

533 p.p.

AZCOAGA, JUAN A.

Criterios para diferenciar los trastornos del lenguaje en el ni

ño.

Editorial Prensa Médica Mexicana.

México, 198

AZEVEDO, FERNANDO DE

Sociología de la educación.

Editorial Fondo de Cultura Económica

México, 1942.

496 p.p.

BARRANQUER FONDAS, L.

Afasia, apraxias, agnosias.

2a. edición.

Ediciones Toray-Masson

España, 1976

338 p.p.

CLEMENT, LAUNAY; et. al.

Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño.

Editorial Masson, S.A.

Barcelona, 1984.

406 p.p.

COOPER, DAVID

La muerte de la familia

Editorial Ariel

México, 1985

183 p.p.

CORREDERA SANCHEZ, TOBIAS

Defectos en la dicción infantil. Procedimiento para su corrección.

2a. edición.

Editorial Kapelusz

Buenos Aires, 1986

CORREDOR, BERTHA

La familia en América Latina

Editorial

Colombia, 1962

141 p.p.

DINVILLE, CLAIRE

La tartamudez

Editorial Prensa Médica Mexicana.

México, 1981.

235 p.p.

ELKIN, FREDERICH

El niño y la sociedad

2a. edición.

Editorial Paidós

Buenos Aires, 1970

136 p.p.

FLUGEL, JOHN K.

Psicoanálisis de la familia

Editorial Paidós

Buenos Aires, 1961

307 p.p.

FROMM, ERICH

La familia

2a. edición.

Editorial Península

Barcelona, 1972.

296 p.p.

GILI GAYA, SAMUEL

Estudios de lenguaje infantil

Editorial Bibliograf, S.A.

Barcelona, 1972

170 p.p.

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

Anuario

1980-1981

México.

180 p.p.

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

El niño sordo en el hogar y en la escuela

3a. edición.

México, 1981.

304 p.p.

ISAMBERT, ANDREE.

La educación de los padres.

10a. edición.

Editorial Planeta.

Barcelona, 1980.

239 p.p.

KAPLAND, HAROLD

Compendio de psiquiatría

Editorial Salvat.

Barcelona, 1987

479 p.p.

LEISCHNER, A.

Afasias y trastornos del lenguaje

Salvat Editores, S.A.

Barcelona, 1982

388 p.p.

LOPEZ BARRERA, MARIA VICTORIA

Cómo ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar.

Editorial Prensa Médica Mexicana.

México, 1986

51 p.p.

LEAERO OTERO, LUIS

La familia

Editorial EDICOL

México, 1976

135 p.p.

LIEBERMAN, FLORENCE

El trabajador social, el niño y su familia

3a. edición.

Editorial Pax-México

México, 1987.

278 p.p.

LOWENSTEIN, OTTO B.

Los sentidos.

Breviarios.

3a. reimpresión.

Editorial Fondo de Cultura Económica.

México, 1978.

229 p.p.

MAIGRE, ANDREE

La educación psicomotora.

3a. edición.

Editorial Morata.

España, 1984

197 p.p.

MASPETIOL, M. SOULE; et. al.

La educación del niño sordo.

Editorial Aia.

Buenos Aires, 1959.

154 p.p.

MALMBERG, BERTIL

La lengua y el hombre

Introducción a los problemas generales de la lingüística.

4a. edición.

Editorial ISTMO

México, 1973.

244 p.p.

MALMBERG, BERTIL

Los nuevos caminos de la lingüística.

3a. edición.

Editorial Siglo XXI

México, 1970

251 p.p.

MORKOVIN, BORIS

Rehabilitación del niño sordo

Editorial Prensa Médica Mexicana.

México, 1963

164 p.p.

NIETO HERRERA, MARGARITA.

El niño disléxico.

2a. edición

Editorial Prensa Médica Mexicana.

México, 1980

293 p.p.

NIETO HERRERA, MARGARITA

¿Por qué hay niños que no aprenden?

Editorial Prensa Médica Mexicana

México, 1987

310 p.p.

ORTUÑO MARTINEZ, MANUEL

Teoría y práctica de la lingüística moderna.

3a. reimpresión.

Editorial Trillas

México, 1982.

209 p.p.

PAOLI, J. ANTONIO

Comunicación e información. Perspectivas teóricas.

4a. reimpresión.

Editorial Trillas.

México, 1987

138 p.p.

PEI, MARIO A.

La maravillosa historia del lenguaje

Editorial Espasa-Calpe

Madrid, 1965

326 p.p.

PIALOUX, P.; et. al.

Manual de logopedia

Editorial Toray-Masson, S.A.

España 1978

300 p.p.

PERELLO, JORGE; et. al.

Audiofoniatría y logopedia 6. Sordomudez

3a. edición.

Editorial Científico-Médica

Barcelona, 1978

444 p.p.

PERELLO, JORGE; et. al.

Audiofoniatría y logopedia 8. Trastornos del habla

4a. edición ampliada.

Editorial Científico-Médica

España, 1981

479 p.p.

PERELLO, JORGE

Fundamentos audiofoniatricos

Editorial Científico-Médica

España, 1976

PRACY, R.; et. al.

Oídos, nariz y garganta

Editorial CECSA

México, 1978

211 p.p.

ROCA-PONS, J.

El lenguaje

4a. edición corregida

Editorial Teide

Barcelona, 1982

533 p.p.

SEGRE, RENATO

Tratado de audiofoniatría

Editorial Paidós

Buenos Aires, 1975

381 p.p.

TSETKOVA, L. S.

Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura

Conducta Humana No. 33

Editorial Fontanella

Barcelona, 1977

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

Revista

México 1977

25 p.p.

TOMATIS, ALFRED

El oído y el lenguaje

Ediciones Martínez Roca.

Barcelona, 1969

187 p.p.

ANEXOS

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE AUDICION Y LENGUAJE QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

OBJETIVO:

Identificar los factores que determinan la recuperación de niños con problemas de audición y lenguaje que asisten a consulta y terapia al Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

INSTRUCCIONES:

De las preguntas 1 a la 12, anotar los datos que se solicitan; en la pregunta 13, Usted indicará lo que a su juicio, sea la respuesta correcta; finalmente, de la pregunta 13 a la 26, - deberá seleccionar una de las opciones.

- 1.- NOMBRE DE LA MADRE _____
2.- Edad _____ 3.- Escolaridad _____
4.- NOMBRE DEL PADRE _____
5.- Edad _____ 6.- Escolaridad _____
7.- OCUPACION PRINCIPAL _____
8.- NOMBRE DEL NIÑO _____
9.- Sexo _____ 10.- Edad _____ 11.- Escolaridad _____
12.- ¿Algún otro hijo tiene problemas de audición o lenguaje? _____

13.- ¿Qué problema presenta su hijo?

- a) Afasia
- b) Problema labiar-paladar
- c) Retardo de lenguaje
- d) Hipoacusia
- e) Otro _____

Si es así, ¿de qué tipo? _____

14.- ¿Quién detectó el problema del niño?

- a) Los padres
- b) Algún familiar
- c) El Profesor (a)
- d) Otro _____

15.- ¿Cómo se sintieron Usted y su pareja al conocer el problema que afectaba a su hijo?

16.- ¿Surgieron problemas entre Usted y su pareja a raíz del conocimiento de la afección de su hijo?

- a) Surgieron muchos problemas
- b) Surgieron algunos problemas
- c) No hubo problemas
- d) Otros _____

17.- ¿Quiénes integran la familia?

- a) Padres e hijos
- b) Padres, hijos y otro(s) familiar(es)
- c) Padre e hijos
- d) Madre e hijos

18.- ¿Convive el niño con toda la familia?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

19.- ¿Convive el niño con personas independientes a la familia?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Especifique con quienes _____

20.- ¿De qué manera ayuda a su hijo en su recuperación?

- a) Asistiendo con él a las terapias
- b) Realizando los ejercicios terapéuticos con él en el hogar
- c) Asistiendo a las terapias y realizando los ejercicios terapéuticos en el hogar
- d) Otra _____

21.- ¿Participan los demás miembros de la familia en la recuperación del niño?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

De qué manera _____

22.- ¿Se considera Usted y su familia preparados para ayudar en la recuperación del niño?

- a) Nos consideramos preparados
- b) Nos hace falta mayor información
- c) No estamos preparados

23.- ¿El niño recibe educación escolar?

- a) Escuela pública
- b) Escuela privada
- c) Escuela especial
- d) No recibe

Qué grado cursa _____

24.- ¿El niño participa en alguna actividad de tipo cultural, - deportiva o recreativa?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

25.- ¿Considera Usted que necesita de algún curso de orientación para ayudar a su hijo?

- a) Sí lo necesito
- b) Complementaría mi información.
- c) No lo necesito

26.- ¿ Qué hace el trabajador social del Instituto por Usted?

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

FECHA _____ HORA DE INICIO _____ HORA DE TERMINO _____