

25
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

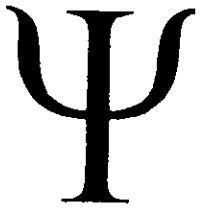
TESIS MAL COMPAGINADA

“APLICACION DE UN PROGRAMA DE
SENSIBILIZACION PARA LA MODIFICACION DE
ACTITUDES EN LOS HERMANOS DE NIÑOS
HIPOACUSICOS EN LOS PROCESOS DE
INTEGRACION SOCIAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
AVILA ALVARADO | SONIA ANDREA
CORONA DURAN MA. DEL ROCIO

DIRECTOR: LIC. FERNANDO FIERRO LUNA.
ASESOR METODOLOGICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ.



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

260033



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MIS AGRADECIMIENTOS SON

A DIOS

Por todas las cosas tan bellas que me ha dado durante toda la vida; sobre todo por esa segunda oportunidad que ahora me hace llegar a cumplir ésta meta por la que tanto he luchado.

A MIS PADRES

Por haber compartido siempre mis triunfos y fracasos, por todas las palabras que motivaban siempre a dar mi mayor esfuerzo; en especial a mi mamá que aunque ya no ésta conmigo físicamente le dedico éste trabajo con mucho cariño.

A MIS HERMANOS: YADIRA, SILVIA, ISMAEL Y CARLOS

Gracias por el apoyo y ayuda que siempre he recibido de cada uno de ustedes, en los momentos más difíciles.

A LUIS

Por toda la paciencia que ha tenido conmigo, por la ayuda y apoyo tan especial que siempre he recibido de él.

A CLAUDIA, VERONICA, YUNUEN, ROCIO Y NANCY

Gracias por haber apoyado y compartido todo el trabajo con la mejor disposición.

A MIS AMIGOS

Todos aquellos que colaboraron para poder llegar a completar éste trabajo.

Agradezco a todos los profesores que siempre corrigieron mi trabajo promoviendo en mi una superación, a aquellos que en algún momento me inspiraron, y a quienes dirigieron la realización de mi tesis dando sus observaciones de la mejor manera posible.

Gracias también a mi Director Lic. Fernando Fierro Luna, a mi Asesor Metodológico Lic. Raul Tenorio, a los Sinodales Lic. Patricia Moreno, Lic. Elisa Sad y Lic. Fernando Mata.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera participaron en mi realización personal, gracias.

SONIA ANDREA AVILA ALVARADO

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme llegar a concluir una de mis metas más anheladas.

A nuestro director Fer Fierro por transmitirnos sus conocimientos y brindarnos su amistad.

Al Prof. Raúl Tenorio por su ayuda y paciencia.

A nuestros sinodales: Paty Moreno, Elisa Saad y Fer Mata por su cooperación.

A G.I.E.H., en especial a la maestra Julieta Alvarado por su valiosa ayuda y confianza.

Al I.N.C.H., especialmente al Prof. Manuel Contreras.

A la Clínica Jonh Tracy.

A todos mis amigos, en especial a Vero, Nancy, Yunuén y Sonia.

A todos los niños que participaron en el curso-taller.

A mi familia, en especial a mis sobrinos que son mi fuente de inspiración para superarme.

A mi pareja por su amor y confianza.

A todas las personas que de alguna manera ayudaron para la realización de este trabajo, gracias.

ROCIO

INDICE

Páginas

Resumen	1
Introducción	2
Justificación teórica y social	3

CAPITULO 1. EDUCACION ESPECIAL

1.1 Definición de la educación especial	4
1.2 Panorama histórico de la educación especial	4
1.3 Categorías de la educación especial	8
1.4 Servicios de la educación especial	9
1.5 Tendencias contemporáneas	11
1.5.1 Normalización	11
1.5.2 Integración	11
1.5.2.1 Bases motivadoras	12
1.5.2.2 Bases filosóficas	12
1.5.2.3 Bases ideológicas	13
1.5.2.4 Objetivos de la integración	14
1.5.2.5 Modalidades de la integración	15
1.5.2.6 Propuestas para una buena integración	17
1.5.2.7 Problemas que enfrentan los niños al ser integrados a escuelas regulares	21
1.5.2.8 Ventajas del proceso de integración	21
1.5.2.9 Limitaciones de la integración	23
1.5.2.10 Papel del psicólogo en la educación especial	23
1.6 Panorama histórico de la educación especial en México	25
1.6.1 Innovación y cambio en la educación especial en México	26
1.6.2 Nueva propuesta de Integración en México	29
1.6.3 Grupos Integrados Especificos para Hipoacúsicos	32
1.6.4 La educación del niño sordo en una escuela integradora	34

CAPITULO 2. HIPOACUSIA

2.1 Definición de Hipoacusia	40
2.2 Medición de la pérdida auditiva	42
2.3 Características del niño hipoacúsico	46
2.4 Prótesis auditivas	55

CAPITULO 3. SISTEMA FAMILIAR

3.1 Fundamentos de la teoría de los sistemas	58
3.2 Principales propiedades de los sistemas abiertos	59
3.3 Teoría de los sistemas familiares	60

3.4	La familia como sistema	61
3.5	Subsistemas del sistema familiar	63
3.6	El ciclo vital de la familia	66
3.7	El niño hipoacúsico y su familia	69
3.7.1	La dinámica de su interacción	70
3.7.2	La familia en un período de adaptación	70
3.8	El niño hipoacúsico y sus hermanos	79
3.8.1	La importancia de los hermanos	79
3.8.2	Dinámica de la interacción	80
3.8.3	Ciclo vital de los hermanos	80
3.8.4	Los hermanos; efectos de una relación especial	81
3.8.5	Variables que inciden en las relaciones fraternas	82
3.8.6	Crecer con un hermano especial	82
3.8.7	Perfil del hermano del niño con necesidades educativas especiales	86
3.8.8	Trabajo con hermanos de niños con necesidades educativas especiales..	90

CAPITULO 4. ACTITUDES

4.1	Definición de actitud	99
4.2	Componentes de la actitud	100
4.3	Propiedades de una actitud	101
4.4	Consistencia actitudinal	103
4.5	Cambio de actitudes	104
4.5.1	Persuasión	105
4.5.2	Elementos de persuasión	106
4.6	Técnicas de medición y elaboración de escalas de actitudes	111
4.6.1	Definición y tipos de escalas	111
4.6.2	Medición de las actitudes	112
4.6.3	Técnicas para medir actitudes	113
4.7	Actitudes hacia personas con deficiencia auditiva	116

CAPITULO 5. METODO

5.1	Planteamiento y justificación del problema	118
5.2	Hipótesis	118
5.2.1	Hipótesis conceptual	118
5.2.2	Hipótesis estadística	118
5.3	Variables	118
5.3.1	Definición conceptual de variables	118
5.3.2	Definición operacional de variables	119
5.4	Sujetos	119
5.5	Muestreo	119
5.6	Tipo de estudio	119
5.7	Diseño de investigación	119
5.8	Instrumentos	119
5.9	Procedimiento	120

5.10 Análisis estadístico de datos	121
CAPITULO 6 RESULTADOS	122
Resultados	123
Análisis de resultados por áreas	123
Análisis del cuestionario aplicado a padres después del curso	126
Análisis cualitativo de los resultados	128
DISCUSION Y CONCLUSIONES	145
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	147
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	152
Anexo I	152
Anexo II	153
Anexo III	154
Anexo IV	155
Anexo V	156
Anexo VI	157
Anexo VII	158

JUSTIFICACION TEORICA Y SOCIAL

La psicología ha hecho aportaciones al ámbito de la educación especial, la cual se refiere a la instrucción y a los servicios relacionados que se diseñan específicamente para satisfacer las necesidades únicas de las personas excepcionales con el propósito de desarrollar al máximo su potencial humano, personal, familiar y social; para tal efecto pueden referirse materiales, técnicas de enseñanza, equipo y/o facilidades especiales. Generalmente los sistemas nacionales de educación especial atienden a la población que se encuentra bajo la norma definiéndolos como excepcionales, por lo tanto podemos ubicar a los niños con deficiencia auditiva como personas excepcionales.

Este trabajo fué realizado con los hermanos de niños con deficiencia auditiva, se apoya principalmente en la teoría del enfoque sistémico, éste maneja a la familia como un sistema abierto donde cada miembro de la familia influye sobre la misma.

El enfoque sistémico cuenta con tres subsistemas: Conyugal, Parental y Fraternal o Filial, es en éste último donde se ubica la relación entre los hermanos y es aquí donde los niños tienen la oportunidad de relacionarse con iguales, además de ser el primer laboratorio social de los niños, aprendiendo los patrones de interacción social.

El sentirse adaptados dentro del ambiente familiar para los niños con deficiencia auditiva es importante; pues los hermanos pueden prestar, a través de actitudes positivas, una confianza que fortalecerá las relaciones del subsistema y así mismo de todo el sistema.

El trabajo parte del supuesto de que un cambio en uno de los subsistemas repercutirá en todos los miembros de la familia a través de una acomodación y adaptación. Por ello la sensibilización de los hermanos para favorecer y mejorar las interacciones fraternas dentro del sistema es muy importante.

El ambiente social tiene sus reglas explícitas e implícitas que todos sus elementos respetan; una de las reglas implícitas es que la familia es responsable de educar y enseñar a sus miembros los patrones elementales de interacción social.

La filosofía y propuesta pedagógica basada en la integración intenta conjuntar los sistemas de educación especial y regular, de manera que se evite separar al individuo del resto de la sociedad. El nivel de integración más conveniente para el niño es el que es favorable para su desarrollo personal, intelectual y social en un momento determinado.

Hablar de integración es importante ya que anteriormente la educación especial trabajaba con el modelo médico donde el niño excepcional se le aislaba y no se le daba importancia al entorno, ahora se trata de integrar a las personas excepcionales a la comunidad en todos los aspectos. El modelo integracionista maneja que una persona excepcional debe ser vista en un contexto de necesidades y demandas que está envuelto y pertenece a un contexto social.

INTRODUCCION

La educación especial se dedica a atender a personas excepcionales y sus necesidades particulares, se compone de objetivos generales y específicos, algunos de ellos requieren de la participación parcial o completa de la familia.

Actualmente se considera que la integración de los niños con necesidades educativas especiales a la sociedad es uno de los principales objetivos de la educación especial. Al ser la familia el núcleo principal del sistema social donde se inicia el aprendizaje de las normas y límites de convivencia para la cooperación, demostración de afecto físico y verbal, así como donde se aprenden las reglas morales, juegos, costumbres, etc., es indispensable que sea aquí en donde se inicie la integración.

La integración de un niño con necesidades educativas especiales, en este caso, con deficiencia auditiva a un sistema familiar se logrará con mayor facilidad si los integrantes de éste conocen el problema y de alguna manera ésto puede hacer que la actitud que se genere sea positiva. La presente investigación está encaminada a conocer si la sensibilización en los hermanos de niños con hipoacusia logra registrar un cambio en su actitud hacia ellos. En tiempos pasados éstos no podía ser posible ya que se tenía un modelo asistencial el que pasó a médico donde la persona discapacitada era tratada como única y no se daba importancia a su entorno social, posteriormente el modelo médico evolucionó a un modelo educativo donde se trata de integrar en todos los ámbitos al discapacitado tomando en cuenta a la familia y a todo su entorno.

En el primer capítulo se da un panorama histórico de la educación especial, así como su definición, servicios, categorías, tendencias contemporáneas, el papel que juega el psicólogo dentro de ella y los avances que se han tenido de la educación especial en México.

En el capítulo dos se describe lo que es la hipoacusia, sus generalidades y las características del desarrollo del niño hipoacúsico. Así mismo se tuvo interés de trabajar con los hermanos, por lo que en el capítulo tres se retoma la teoría general de los sistemas, la familia y en especial los hermanos del niño hipoacúsico.

En el capítulo cuatro se da un panorama muy amplio de lo que es una actitud, su definición, propiedades, componentes, consistencia, así como el cambio de actitud y las técnicas de medición y elaboración de escalas de actitudes.

En el quinto capítulo se describe el método utilizado, el cual abarca: planteamiento del problema, objetivos, variables, hipótesis, muestreo, tipo de estudio, diseño, población, procedimiento y materiales.

En el capítulo sexto se exponen los resultados obtenidos de esta investigación.

El capítulo séptimo incluye la discusión y conclusiones y por último el capítulo octavo contiene las sugerencias y limitaciones, la bibliografía y los apéndices.

RESUMEN

En la presente investigación se retomó el enfoque sistémico y en especial se trabajó para fortalecer el subsistema fraterno (hermanos) en el proceso de interacción social.

El tema que se trabajó fué la actitud, para poder medirla, se elaboró una escala tipo lickert, de acuerdo con las características y sentimientos que pueden presentar los hermanos de niños con necesidades educativas especiales según Powell y Ahrenhold (1991), Murphy y Hanold (1989).

El objetivo de la investigación era medir una diferencia significativa en las actitudes después de un curso de sensibilización para hermanos mayores de niños hipoacúsicos. El curso utilizado fué enviado por la clínica John Tracy al Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH); el curso incluía información sobre: el sistema auditivo, la pérdida auditiva (hipoacusia), aparatos de ayuda auditiva, formas para fortalecer la comunicación con el hermano hipopacúsico.

La investigación se realizó con 17 hermanos mayores de niños hipoacúsicos que pertenecen a GIEH Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos. El curso se llevó acabo en la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El resultado que se obtuvo no fué el esperado, ya que no se encontró un cambio estadísticamente significativo en el cambio de actitudes, por lo mismo se decidió incluir un análisis por cada una de la 4 áreas, un análisis cualitativo de los resultados obtenidos, además las respuestas de un cuestionario a padres con respecto a las conductas de los niños después del curso.

CAPITULO 1.-EDUCACION ESPECIAL

1.1 DEFINICION DE LA EDUCACION ESPECIAL

Cortez, González y Tilch (1982) (citados en Macotela, 1995; pag. 2) nos dicen que "la educación especial es un proceso finalístico, valorativo, cognoscitivo, cultural e históricamente determinado, por el cual el ser humano, mediante la adquisición del conocimiento compensa su potencialidad defectuosa en función de una actualización normal, o actualiza máximamente su potencialidad excesiva, para incrementar la eficiencia del producto de la acción humana".

En México, la Dirección General de Educación Especial (DGEE, 1994), define a la educación especial de la siguiente manera:

- 1.-Tiene como sujeto a las personas con necesidades especiales, cualesquiera que sea su problemática.
- 2.-No difiere esencialmente de la educación regular sino que comparte sus fines generales y sus principios y en algunos casos requiere del concurso de profesionales de disciplinas diversas.
- 3.-Según la naturaleza y grado de severidad de los problemas, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individualizados, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o más o menos permanente en el aula regular, en la escuela u otros servicios.

Hallahan y Kauffman , 1986 (citados en Macotela, 1995; pag. 2) mencionan que "la educación especial se refiere a la instrucción y los servicios relacionados que se diseñan específicamente para satisfacer las necesidades únicas de las personas excepcionales con el propósito de desarrollar al máximo su potencial humano personal, familiar y social. Para tal efecto pueden requerirse materiales, técnicas de enseñanza, equipo y/o facilidades especiales".

La educación especial involucra estudio y solución de los problemas de los individuos especiales, diferentes o excepcionales. De acuerdo con Hallahan y Kauffman(1986), en el estudio de las diferencias consideran las que son: 1) Intelectuales, 2) Sensoriales, 3) Neuromotoras o físicas, 4) De adaptación social, 5) De comunicación y 6) De la presencia de incapacidades múltiples (Kirk y Gallaher, 1983, citados en Macotela 1995).

1.2 PANORAMA HISTORICO DE LA EDUCACION ESPECIAL

La existencia de personas con algún tipo de discapacidad se remonta a los orígenes del hombre, sin embargo, los antecedentes de la educación especial se sitúan hasta fines del siglo XVII. En Europa, esta época se caracteriza por el rechazo y la ignorancia hacia las personas excepcionales, la atención que antes se les daba era únicamente de carácter asistencial. En las sociedades antiguas era común la práctica

del infanticidio cuando se observaban anormalidades en los niños. Durante la Edad Media, esta situación cambió debido a que la iglesia condenaba esta práctica. No obstante, en este periodo se alienta la idea de atribuir las "anormalidades" de las personas excepcionales a causas sobrenaturales, se les consideraban poseídas por el demonio y se les sometía a prácticas exorcísticas. En el siglo XVII, las personas con discapacidad intelectual eran ingresadas a orfanatos, manicomios u otro tipo de instituciones donde eran encerrados junto a delincuentes, ancianos, etc.

De acuerdo con Bautista (1991), las primeras experiencias positivas que pueden citarse se refieren al tratamiento de personas con problemas de sordera. Pedro Ponce de León (1509-1584) es reconocido como el iniciador de la enseñanza para sordomudos y el creador del método oral. Charles Michel (1712-1784) fué el creador de la primera escuela pública para sordomudos, la cual se convertiría en el Instituto Nacional de Sordomudos. En 1774, Valentín Hüÿ (1745-1822) creó el Instituto para niños ciegos. Entre sus alumnos se encontraba Luis Braille, quien más tarde crearía el método de lecto-escritura que lleva su nombre. Como se puede apreciar, las primeras acciones encaminadas a atender y educar a las personas excepcionales estuvieron dirigidas a quienes manifestaban diferencias evidentes respecto a los demás, como fué el caso de las personas ciegas y sordas.

Ingalls, 1982 (citado en Alvarado y Murga, 1995) menciona que los orígenes de los servicios relacionados con la educación especial se encuentran en Europa, a fines del siglo XVII Jean Marc Gaspard Itard, influenciado por las ideas de J. Rousseau, realiza la hazaña de educar al "hijo salvaje de Aveyron" y marca con esto el inicio de las prácticas educativas para niños con discapacidad intelectual. También en ésta época, Luis Braille desarrolla y perfecciona sus sistemas para enseñar a leer y escribir a personas ciegas. A partir de estos acontecimientos, se generan en diferentes países diversas iniciativas para atender y educar a los individuos diferentes. Al emigrar Edward Seguin a los Estados Unidos, un esfuerzo con Samuel Howe para trabajar con niños con discapacidad intelectual.

Más adelante, después de la primera guerra mundial surge nuevamente el interés por la educación especial debido principalmente al incremento notable de personas lisiadas e impedidas que requerían atención especial, y en consecuencia creaban una demanda sustancial de profesionales preparados para atenderlos. Surgen además cuestionamientos respecto a la medición de las capacidades humanas y la importancia de las diferencias individuales; se discuten también las causas del comportamiento y las limitaciones sociales sufridas por aquellos que mostraban deficiencias físicas. Tienen significativa importancia los trabajos de Alfredo Binet respecto a la medición de la inteligencia, así como los trabajos de María Montessori; esta última pone énfasis en la instrucción individualizada y hace hincapié en la estimulación multisensorial. El inicio de la segunda guerra mundial detiene el avance de la educación especial, para después retomarse en la década de los 50's. Es pertinente mencionar la influencia que ejerce la llegada a los Estados Unidos de un

número considerable de pensadores y científicos europeos, que emigran a éste país al término de la guerra. Entre estos se encuentran: Erick Erikson, Marianne e Ivar Lovaas.

En la década de los 60's y 70's se impulsa de manera determinante la educación especial. Este período coincide con el surgimiento y auge de las técnicas de modificación de conducta que abren nuevas alternativas para el estudio del comportamiento normal y anormal, con métodos derivados de las ciencias naturales (Alvarado y Murga, 1995).

A manera de resumen, la evolución y desarrollo de la educación especial puede ubicarse en ocho períodos clave (Patton, Payne, Kauffman y Brown, 1991; citados en Macotela, 1995; pag. 5) que son los siguientes:

1.- Período del abuso, descuido, ignorancia y aceptación benigna. (hasta 1700): Con el surgimiento del cristianismo se extiende la idea de que todos los individuos son hijos de Dios, por lo que el trato a las personas diferentes se humaniza.

Las personas diferentes se consideraban poseídas o bien transmisoras de mensajes divinos. En el siglo XVIII era frecuente el abandono de las personas con impedimentos severos o incluso se utilizaban como bufones.

2.- Período de la toma de conciencia y el optimismo (De 1740 a 1860): A finales del siglo XIX surgen propiamente las bases de la educación especial con fundamentos en los trabajos de Itard, Seguin, Montessori, Braille, Gallaudet y Howe.

3.- Período de escepticismo (1860-1900): Se conoce que no existe cura para muchas diferencias y que muchos individuos no podrán incorporarse a una vida normal. Cambia el concepto de integrar y curar por el de segregar o aislar. Se desarrollan los servicios de custodia y en consecuencia se descuidan los aspectos educacionales.

4.- Período de alarma (1900-1920): A raíz del descubrimiento de Gregor Mendel sobre las leyes de la herencia, y a partir del desarrollo de las pruebas de inteligencia, se crea un estado generalizado de alarma y temor. Los individuos diferentes, no solo se consideran un peligro para la sociedad, sino que sus problemas podían ser heredados. Por otro lado, la escala elaborada por Binet y Simon en 1905, permitió identificar a personas con deficiencias intelectuales.

5.- Período de progreso limitado (1920-1946): Se desarrollan algunos avances en la educación especial como por ejemplo la formación de grupos integrados por profesionales diversos; se extiende el uso de pruebas mentales que obliga a reconocer las necesidades de servicios especiales; se crean las primeras escuelas para atender desórdenes de conducta; se inicia el desarrollo del movimiento "normalización-integración".

6.-Periodo de interés renovado (1946-1960): Aparecen textos y trabajos en el campo de la educación especial. Se producen importantes avances legislativos, surgen formalmente las Asociaciones de padres y promueven programas educacionales basados en nuevos desarrollos y estrategias.

7.-Periodo de optimismo renovado (1960-1970): Surge el auge de los programas de educación temprana, se crea la categoría de los problemas de aprendizaje.

8.-Periodo del cuestionamiento y el replanteamiento (1970-a la fecha): Existen varias controversias relación con el uso de pruebas y e instrumentos; con el problema de la etiquetación al individuo especial; con la canalización adecuada de la persona a los servicios idóneos; con la prevención, desinstitucionalización e integración; con los derechos tanto del niño especial como del adolescente y adulto; con los problemas de tipo laboral, de inserción a la comunidad y con la utilidad de los planes de educación individualizada y servicios residenciales.

A lo largo de todos estos años ha habido distintos modelos de atención en educación especial que evolucionaron desde el asistencial, posteriormente el médico-terapéutico y finalmente el educativo. Actualmente coexisten los 3 modelos porque se han venido yuxtaponiendo (DGEE, 1994).

1.-MODELO ASISTENCIAL O CLINICO

Considera al sujeto de educación especial un minusválido que requiere apoyo permanente, esto es, de ser asistido todo el tiempo y toda la vida. Por lo regular, considera que un servicio asistencial idóneo es posible en las condiciones que ofrece un internado. Se trata de un modelo segregacionista.

2.-MODELO MEDICO-TERAPEUTICO

Considera al sujeto de educación especial un atípico, requiere de un conjunto de correctivos, es decir, de una terapia para conducirlo a la normalidad. El modo de operar es de carácter médico, o sea, a través de un diagnóstico individual se define el tratamiento en sesiones, cuya frecuencia está en función de la gravedad del daño o atipicidad. También se hacen recomendaciones al maestro que funciona como un auxiliar o paramédico o, en otros términos, como terapeuta. Más que una escuela para su atención, requieren de una clínica.

3.-MODELO EDUCATIVO O PREVENTIVO

También es llamado insitucional. Asume que se trata de un sujeto con necesidades educativas especiales. Rechaza los términos "minusválido y atípico" por ser discriminatorios y estigmatizantes. La estrategia básica de la educación especial, en este caso, es la integración y la normalización, con el propósito de lograr el desarrollo y la mayor autonomía posible del sujeto como individuo y como persona que conviva plenamente en comunidad. La estrategia educativa es integrar al sujeto, con el apoyo educativo necesario, para que pueda interactuar con éxito en los ambientes socioeducativos, primero, y sociolaborales, después. Existen estrategias graduadas

para ello, y se requiere de un grupo multiprofesional que trabaje con el niño, con el maestro de la escuela regular, con la familia y que, a su vez, elabore estrategias de consenso social de aceptación digna, sin rechazo, ni condescendencias.

Esta concepción se nutre del principio ético del derecho equitativo, no excluyente. También del desarrollo moderno de la psicopedagogía y del desarrollo del curriculum escolar.

1.3 CATEGORIAS DE LA EDUCACION ESPECIAL

Las categorías de educación especial pueden organizarse de acuerdo con diversas agrupaciones. Por ejemplo, con base en diferencias: 1) intelectuales, 2) sensoriales, 3) neuromotoras o físicas, 4) de adaptación social, 5) de comunicación y 6) por incapacidades múltiples (Kirk y Gallaher, 1983. Patton y cols. 1991) (citado en Macotela 1995; pag. 3) proponen agruparlas como siguen: 1) trastornos de aprendizaje y conducta, 2) deterioro físico, sensoriales y de comunicación y 3) otras áreas. Lefrancois, 1987 (citado en Macotela 1995) divide en excepcionalidad: 1) física, 2) socioemocional y 3) intelectual.

En México, la DGEE, (1994) propone distinguir entre:

1.- Servicios que se aplican a sujetos cuya necesidad de educación especial es fundamental para su integración y normalización; y 2) Servicios que se aplican a sujetos cuya necesidad de educación especial es transitoria y complementaria a su evolución pedagógica normal.

Dentro del primer grupo de servicios de la DGEE, encontramos:

- 1.-Area de deficiencia mental
- 2.-Area de transtornos visuales
- 3.-Area de impedimentos motores
- 4.-Area de transtornos de audición

Y dentro del segundo grupo de servicios encontramos:

- 1.-Area de dificultades de aprendizaje
- 2.-Area de lenguaje
- 3.- Area de transtornos de la conducta

El área que a continuación describimos es la de nuestro interés en esta investigación. (Para obtener mayor información pasar a la siguiente sección: Hipoacusia).

AREA DE TRANSTORNOS DE AUDICION

Esta área abarca a los niños sordos e hipoacúsicos. Sordos son aquellos cuya audición por causas genéticas, enfermedad o accidente no es funcional para los requerimientos de la vida cotidiana. Hipoacúsicos son niños en los cuales la audición es defectuosa pero funcional para los requerimientos de la vida cotidiana, con o sin ayuda de auxiliar auditivo.

Los programas de educación especial en ésta área se aplican según el grado de pérdida auditiva y de edad de iniciación. La escala internacional (ISO) clasifica la pérdida auditiva en cuatro niveles: superficial (entre 20 y 40 db.), media (entre 40 y 70 db.), profunda (entre 70 y 90 db.) y anacusia (90 db. en adelante). De acuerdo con la edad de iniciación, se distingue: iniciación temprana (0 a 4 años y 6 meses), intermedia (4 años y 7 meses a 8 años y 5 meses) y tardía (8 años 6 meses a 13 años).

La DGEE aplica programas de estimulación temprana a nivel preescolar y primarias con método oral y de comunicación total (con apoyo en señas o gestos), para adquisición de lenguaje, en función, como se ha dicho, el grado de pérdida auditiva y el grado de iniciación.

Existen servicios donde se aplican estos programas en escuelas de educación especial del Distrito Federal y los estados, en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (D.F.), que funciona en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia; en los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y también en instituciones privadas.

El objetivo de esos programas es dotar a los niños con dificultades de audición, de los instrumentos de comunicación indispensables para su adaptación a la sociedad de oyentes, mediante la lectura de labios y un adiestramiento que les permita el máximo aprovechamiento del auxiliar auditivo.

El objetivo final de la DGEE en ésta área es la integración de estos niños a escuela común y/o en la actividad productiva.

1.4 LOS SERVICIOS DE LA EDUCACION ESPECIAL

Los servicios que se ofrecen para atender a las personas con necesidades de educación especial difiere, dependiendo de la política y recursos de los que dispone cada país o contexto social determinado. No obstante, pueden enumerarse algunas modalidades de servicios comunes (Telford y Sawrey, 1977; Cartwright, Cartwright y Ward, 1981; DGEE, 1985; Kirk y Gallaher, 1983; citados en Macotela, 1995).

A continuación Macotela (1995, pag.7) describe diversos tipos de servicios presentados en términos de mayor a menor restricción en el ambiente. En general, entre más severo el problema, más restrictivo será el ambiente.

1.-HOSPITALES O ESCENARIOS RESIDENCIALES: Son para los individuos con incapacidades severas, (retardados profundos, autistas), en ocasiones puede ser una alternativa temporal, en otras permanente.

2.-ESCUELAS ESPECIALES O CENTROS DIURNOS: Consiste en ambientes apropiados para tratamiento educacional intensivo con agrupamiento por características comunes. Se emplea generalmente para individuos con problemas entre severos y moderados (físicos, auditivos, visuales).

3.-CENTROS DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO Y TALLERES PROTEGIDOS: En estos, se adiestra a las personas para realizar labores diversas con objeto de proporcionarles acceso a remuneración económica, pero en un espacio en el que se protege y supervisa. Se aplica generalmente con adultos y adolescentes.

4.-SALON ESPECIAL DENTRO DE UNA ESCUELA REGULAR: La persona permanece la totalidad del día con un maestro especial y convive con el resto de sus compañeros en situaciones sociales y recreacionales. Se aplica a incapacidades entre leves y moderadas.

5.-SALON DE RECURSOS O CLASE ESPECIAL PARCIAL: El niño asiste a una clase especial parte del día escolar y el resto del tiempo participa en el salón de clase regular. Es un servicio para problemas leves o moderados.

6.-ESCUELA REGULAR CON SERVICIOS DE APOYO ESPECIALES: El niño asiste a una escuela regular, pero recibe ayuda de profesionales a ciertas horas del día. Se aplica a niños con incapacidades leves, las modalidades de apoyo especial son:

- a) El maestro itinerante o ambulante, que colabora con el maestro regular para la atención a niños especiales en el grupo regular.
- b) El maestro consultor, que discute el caso con el maestro regular y proporciona asesoría para que se auxilie al niño especial.

7.-APOYO EXTRAESCOLAR: El niño asiste a una escuela regular, pero recibe apoyo de psicólogos o terapeutas especializados fuera del horario escolar. Es para individuos con problemas leves.

1.5 TENDENCIAS CONTEMPORANEAS

Los movimientos humanistas han generado un cambio en las actitudes hacia las personas con requerimientos especiales. Esto ha generado esfuerzos para considerar a las personas como individuos con derecho a trato humano y respetuoso. Las tendencias y principios más importantes derivados de este movimiento humanista son:

1.5.1 NORMALIZACION

Esta tendencia se refiere a poner a la disposición de las personas excepcionales, condiciones y formas de vida que se aproximen lo más posible a las circunstancias y formas de vida vigentes para toda la sociedad. La tendencia se vincula con el movimiento de "Desinstitucionalización" y los defensores propugnan por evitar las consecuencias negativas de los ambientes segregados y restringidos para las personas con requerimientos de educación especial (Macotela, 1995).

1.5.2 INTEGRACION

La integración nació de a partir de una filosofía socio-política-legislativa más amplia, que contemplaba la educación segregada por motivos raciales como intrínsecamente segregatoria y en consecuencia, como una violación de los derechos civiles de las minorías raciales. La ampliación de este mismo razonamiento a los derechos de los niños discapacitados hizo que intervinieran los tribunales y los legisladores de los estados para proporcionar una educación apropiada a los niños discapacitados.

Debido a lo anterior, a partir de los años 60 empezó a formarse en distintos países un importante movimiento de opinión en favor de la integración educativa de los alumnos con algún tipo de minusvalía. Su objetivo era reclamar condiciones educativas satisfactorias para todos estos niños y niñas dentro de la escuela ordinaria, y sensibilizar a maestros, padres y autoridades civiles y educativas para que adoptaran una actitud positiva en todo este proceso (Martín y Marchesi, 1990).

La integración es más bien un proceso dinámico y cambiante, cuyo objetivo central es encontrar la mejor situación para que un alumno se desarrolle lo mejor posible, por lo que puede variar según las necesidades de los alumnos, según los lugares y según la oferta educativa existente (Martín y Marchesi, 1990).

La integración es el proceso de incorporar física y socialmente dentro de la sociedad a las personas que están segregadas y aisladas de nuestra sociedad. Significa ser un miembro activo de la comunidad, viviendo donde otros viven, viviendo como los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que los ciudadanos no deficientes (Lorenzo, 1985) (citado en Alvarado y Murga, 1995).

Por otro lado, López y Guerrero (1993) opina que no tiene mucho sentido la integración escolar y social sino es para mejorar ambos contextos. Precisamente porque parte de la idea de que la escuela ha de ser ese agente que prepare para el cambio social y donde se desarrollen actitudes y se generen cambios significativos entre las personas, tanto "normales" como "especiales" (con necesidades educativas específicas).

1.5.2.1 BASES MOTIVADORAS

La propuesta de integración educativa se ha desarrollado a partir de una concepción distinta de la persona con necesidades educativas especiales, la cual ha cambiado a través de la historia. Se les ha percibido desde como seres subhumanos que provocan miedo debido a sus diferencias, seres que podrían significar una amenaza para la especie y para la sociedad, etc. (Van Steendlant, 1991). Es por eso que la tendencia educativa actual aboga por un trato justo como personas y como ciudadanos que son.

Bautista (1991) expone las principales razones para el cambio a favor de la educación integrada en la siguiente síntesis:

1.-El énfasis de los derechos humanos para que las personas excepcionales puedan compartir una experiencia de vida común, no segregada, no discriminada.

2.-El entendimiento de que es un acto de justicia y un derecho constitucional.

3.-El pensamiento de que solo tendría justificación la segregación si las personas excepcionales fueran a vivir siempre un ambiente segregado.

4.-La importancia que tuvo el desarrollo de asociaciones de padres de personas con discapacidad y la presión ejercida por ellos y otras determinadas fuerzas sociales a favor de la integración, así como la toma de conciencia de parte de la población en ese mismo sentido.

1.5.2.2 BASES FILOSOFICAS

La filosofía de la integración escolar se fundamenta básicamente en el principio de normalización. El principio de normalización, surge dentro de un ámbito social, para después ser llevado al ámbito educativo. Su aportación además de centrarse en la situación de las personas con necesidades educativas especiales también se preocupa por las relaciones que ésta tenga con todas las demás. Se espera que la mayoría de la gente deje de ver a las personas con necesidades educativas especiales como seres "raros" y de esta manera provocar que nuestras relaciones sociales con ellas no sigan siendo diferentes a la relación que podamos tener con una persona cualquiera. Es así como uno de sus objetivos es derribar los obstáculos como son las actitudes negativas, los prejuicios o los mitos, valorando que antes que nada son personas y que debe tratárseles como tal.

La integración como filosofía se refiere a la valoración de las diferencias humanas, es decir, no busca eliminar las diferencias, sino aceptarlas como características inherentes al desarrollo humano, ofreciendo las mejores condiciones para el desarrollo máximo de las capacidades de todos los integrantes y poniendo a su alcance los mismos beneficios y oportunidades de vida, dentro del contexto social en el que nos desarrollamos.

La integración implica un cambio global en la organización escolar tradicional, y debe tomarse en cuenta el hecho de que es un proceso difícil y complejo, y depende de varias circunstancias, entre ellas el sujeto mismo de la educación: el niño con necesidades educativas especiales, el centro y la familia (Alvarado y Murga, 1995).

Por otro lado, Gresham (1995) desde el punto de vista filosófico define la integración como la adaptación temporal, instruccional y social de los niños excepcionales a sus compañeros normales.

1.5.2.3 BASES IDEOLOGICAS

Es importante reconocer que no son meramente los muros de una escuela especial los que segregan a los discapacitados de los demás. En este sentido, no es suficiente acabar con estas estructuras educativas especiales para lograr su integración. Tal vez las barreras más difíciles de romper son o constituyen las actitudes humanas.

Las actitudes vigentes frente a los discapacitados crean barreras físicas y sociales que dificultan considerablemente su acceso y participación.

Hasta el ámbito escolar se contrasta que uno de los ámbitos más importantes para el establecimiento de cualquier programa de integración es la actitud expresada por los maestros regulares. En su mayor parte, dichas actitudes surgen del desconocimiento, tanto del concepto de integración en sí como del problema del niño discapacitado (Lorenzo, 1985) (citado en Alvarado y Murga, 1995).

Las conceptualizaciones y valoraciones vigentes en la sociedad con respecto a la discapacidad también tienen su influencia a nivel de la familia del discapacitado. Cuando se habla de integración social del niño discapacitado, el primer ambiente que se presenta es justamente el núcleo familiar. Y, emocionalmente, muchas familias no están potenciadas en forma inmediata para integrar al niño discapacitado. Los padres no están preparados para recibir un niño especial.

Por otro lado, López y Guerrero (1993) distingue tres tipos de enfoque a saber:

1.-LA INTEGRACION CONSIDERADA COMO EL EMPLAZAMIENTO DE ALUMNOS CON DISCAPACIDAD EN LA ESCUELA ORDINARIA: La integración se plantea esencialmente en términos de transición de un sistema educativo especial (los colegios especiales) a otro general. Como resultado, surge la necesidad de que la escuela, como agencia de un servicio social ha de proveer y prestar un continuum de servicios y emplazamientos desde los especiales a los ordinarios (Gresham, 1987).

Una escuela que permita tan sólo la ubicación física de los alumnos con discapacidad para que se produzcan una serie de beneficios personales, sociales y académicos, tales como:

- * La presencia de niños con discapacidad en aulas ordinarias dará como resultado un mayor incremento de interacción social y su presencia provocará un aumento de su adaptación social.
- * Los niños integrados serán modelos para el comportamiento de sus compañeros normales y el contacto y la relación entre ellos producirá un incremento en el autoconcepto y autoestima de los mismos.
- * La integración escolar dará como resultado, las personas con discapacidad al menos, el mismo rendimiento y aprendizaje que la situación subnormalizante.

2.- LA INTEGRACION CENTRADA EN PROYECTOS DE INTEGRACION SOCIAL: Aquí entran en juego nuevas dimensiones tales como la dimensión instructiva de las personas con discapacidad, la dimensión social y la profesional. Los presupuestos que subyacen de este enfoque son:

- * Se parte de la consideración de que la integración no se produce linealmente por el simple hecho de estar juntos, sino que es necesario, planificar las dimensiones instructivas y sociales. Y esta planificación se ha de hacer atendiendo a las diferencias individuales.
- * Es preciso abordar las competencias personales y sociales que los alumnos integrados deben poseer para interactuar en el aula y ser aceptados por sus compañeros (Gresham,1987).
- * Esta modalidad de integración requiere el apoyo estructurado de nuevos profesionales, y con ello, la redefinición de roles y responsabilidades entre expertos y profesores de clase (Corman y Gottlieb,1987). Y junto a esta demanda de apoyo se asume la necesidad de que los profesionales que participan en la integración tengan una formación acorde con las demandas que requiere la integración (Crisci,1981).

3.-LA INTEGRACION COMO COMPROMISO INSTITUCIONAL: considera que es necesaria la existencia de una normatividad que establezca las condiciones mínimas para la atención requerida; la organización de la institución debe prevalecer bajo un modelo de participación profesional colectiva; las condiciones para la integración devienen de una participación abierta a la participación de los padres bajo lineamientos precisos. Este análisis ofrece la posibilidad de identificar las diferentes dimensiones de la integración educativa en el conceptos nodales como la definición de la escuela como un contexto, bajo una perspectiva ecológica, en el que se desarrollan procesos de aprendizaje e instruccionales, relacionales, comunicacionales y socioafectivos.

1.5.2.4 OBJETIVOS DE LA INTEGRACION

Gresham (1995) describe los siguientes objetivos para la integración escolar:

- 1.- Normalización de los niños deficientes
- 2.- Educación de todos lo niños deficientes en el entorno menos restrictivo posible

- 3.- Colocación de los niños deficientes en clases ordinarias durante parte de la jornada escolar
- 4.- Integración instruccional de los niños deficientes con los que no lo son
- 5.- Integración social de los niños deficientes con los demás compañeros
- 6.- Aceptación de los niños deficientes por parte de sus compañeros no deficientes
- 7.- Resultados académicos
- 8.- Interacción social positiva entre niños deficientes y no deficientes
- 9.- Mejor concepto propio o mejor autoestima de los niños deficientes
- 10.-Reducción del estigma y los prejuicios contra los niños deficientes
- 11.-Aceptación de los niños deficientes por parte de los profesores ordinarios
- 12.-Mejor ajuste psicológico y social de los niños deficientes
- 13.-Oportunidades para aprender modelos apropiados a la edad en las clases ordinarias

1.5.2.5 MODALIDADES DE LA INTEGRACION

Los modelos de integración propuestos por diferentes autores tienen como finalidad ofrecer al niño la opción más adecuada tomando en cuenta su situación. Estas modalidades de integración resaltan que dependiendo de las características y habilidades que el individuo desarrolle y las posibilidades del centro educativo, éste podrá situarse en la opción que mejor satisfaga sus necesidades educativas particulares.

El informe Warnock (1974) distinguió tres formas principales de integración: física, social y funcional. La integración física se produce cuando las clases o unidades de educación especial se han construido en el mismo lugar que la escuela ordinaria, pero continúan manteniendo una organización independiente, si bien pueden compartir algunos lugares como el patio o el comedor.

La integración social supone la existencia de unidades o clases específicas en la escuela ordinaria realizando los alumnos en ellas escolarizados algunas actividades comunes con el resto de sus compañeros, como juegos y actividades extra-escolares. Finalmente, la integración funcional es considerada como la forma más completa de integración en la que los alumnos con necesidades educativas especiales participan a tiempo parcial o completo en las aulas normales y se incorporan como uno más en la dinámica de la escuela (Martín y Marchesi, 1990).

Soder, 1980 (citado en Martín y Marchesi, 1990) distingue 4 formas de integración: física, funcional, social y comunitaria. Cada una de ellas supone una mayor aproximación entre el grupo de alumnos con necesidades especiales y el grupo de alumnos sin ellas. Mientras que la integración física y social coincide con la física y funcional del informe Warnock, la denominada ahora funcional aporta una mayor elaboración y diferenciación, y es definida como la progresiva reducción de la distancia funcional en la utilización conjunta de los recursos educativos.

Existirían tres niveles: 1) Utilización compartida: se comparten los mismos medios pero en horario diferente; 2) Utilización simultánea: en el mismo momento pero de forma separada; 3) Cooperación: los recursos se utilizan al mismo tiempo y con objetivos educativos comunes.

Finalmente, la integración comunitaria es la que se produce en la sociedad una vez que se deja la escuela, también supone cambios muy importantes en la estructura social y en las actitudes de los ciudadanos, por lo que puede producirse un proceso satisfactorio de integración escolar seguido de una difícil incorporación a la sociedad.

Desde otra perspectiva, basada en la estructura organizativa, se ha planteado diferentes grados o niveles en el proceso de integración de los alumnos con necesidades educativas especiales. El sistema en cascada descrito por Deno (1970) es uno de los puntos de referencia en los trabajos más modernos, su importancia se debe a que el énfasis ha sido puesto en las posibilidades educativas y de aprendizaje del alumno y no en las clásicas taxonomías de la deficiencia. Deno propone 7 niveles que son los siguientes:

Nivel I : Niños en clases regulares, incluyendo los "disminuidos" que pueden enfrentarse con las acomodaciones de una clase regular con o sin terapia de apoyo médicas o de orientación.

Nivel II : Asistencia a clase regular más servicio suplementario de instrucción

Nivel III: Clase especial, tiempo parcial

Nivel IV: Clase especial, tiempo completo

Nivel V: Centro especial

Nivel VI: Hogar

Nivel VII: Instrucción en hospitales o marcos domiciliarios
Servicios "no educativos" (cuidado médico y de bienestar y supervisión).

Hegarty, Pocklington y Lucas (1981) (citado en Martín y Marchesi, 1990), proponen un nuevo modelo de organización de las diferentes posibilidades en educación especial, modelo que por su flexibilidad se adapta fácilmente a la situación de otros países:

La opción A, clase ordinaria sin apoyo, es claramente excepcional cuando se trata de la integración de alumnos con necesidades educativas especiales, ya que normalmente estos alumnos requieren un apoyo complementario.

La opción B es la más integradora, el alumno recibe en la clase las ayudas necesarias, a través del maestro tutor bien a través del maestro de apoyo, por lo que lo mantiene todo el día en contacto con sus compañeros.

La opción C, clase ordinaria y atención en aula aparte por el especialista, puede realizarse de forma individual o en pequeños grupos con necesidades semejantes. El nivel de integración alcanzado depende del número de horas que estén en los dos lugares. Cuando el trabajo del especialista se realiza en grupo y durante parte de la jornada al mismo grupo de alumnos, la opción elegida es la D, cuyas dos alternativas ponen el acento bien en el aula de educación especial, o bien, en el aula ordinaria.

La opción F, parte del tiempo en la escuela especial y parte del tiempo en la escuela ordinaria, trata de conjugar la atención especializada al alumno en el centro específico con su integración en el centro ordinario. Sus ventajas frente al tipo G no deben hacer olvidar los problemas que se le plantean al alumno para integrarse en un aula o en unas actividades en las que sólo participa unas horas. Esta misma dificultad debe tenerse en cuenta en aquellas otras opciones indicadas anteriormente, en las que el tiempo del alumno se distribuye entre dos aulas, aunque aquí las posibilidades de interacción social son mayores al compartir todas las horas de ocio, deportivas, culturales, comedor, etc.

El nivel de integración más adecuado es, por tanto, aquél que mejor favorece en un momento determinado el desarrollo personal, intelectual y social de cada alumno (Martí y Marchesi, 1990).

1.5.2.6 PROPUESTAS PARA UNA BUENA INTEGRACION

Rutter (S/F) (citado en Reynolds, 1995; pag. 26) argumenta que "los factores más importantes para la efectividad pertenecientes al seno de la escuela son:

- 1.-La proporción en la escuela de niños intelectualmente hábiles y menos hábiles.
- 2.-El sistema de premios y castigos asociado a resultados favorables.
- 3.-El ambiente escolar: unas buenas condiciones de trabajo, el interés por las necesidades de los alumnos y un buen cuidado y decoración de los edificios, están siempre asociados a resultados mejores.
- 4.-Las oportunidades frecuentes para que los niños acepten la responsabilidad y participen en la organización de sus vidas escolares favorece los resultados más positivos.
- 5.-Las escuelas de más éxito tienden a fijar objetivos académicos claros y mantener un clima de confianza en cuanto a las posibilidades de sus alumnos.
- 6.-Los profesores presenten buenos modelos de conducta por medio de una buena organización del tiempo y de su disposición para tratar los problemas de los alumnos.
- 7.-Los profesores deben preparar las clases con tiempo de anticipación.
- 8.-Debe haber una combinación de una dirección firme junto con un proceso de toma de decisiones en el que todos los profesores sienten que se tienen en cuenta sus opiniones".

Mortimore (S/F)(Citado en Reynolds,1995; pag. 27) ha descrito las características de una organización efectiva de la escuela primaria, identificándose 12 factores asociados a un elevado rendimiento en áreas cognitivas tales como la lectura y la escritura:

- 1.-Autoridad resuelta del director entre el personal, esto ocurre cuando el director conoce las necesidades de la escuela.
- 2.-Intervención del subdirector: que intervenga en las decisiones sobre política.
- 3.-Intervención de los profesores: que intervengan en la planificación de los programas.
- 4.-Coherencia entre los profesores.
- 5.-Una jornada estructurada: los niños se comportan mejor cuando la jornada escolar está estructurada en cierto modo.
- 6.-Enseñanza intelectualmente estimulante: los profesores suelen hacer que los alumnos utilicen su capacidad para resolver problemas.
- 7.-Un entorno centrado en el trabajo: se caracteriza por un elevado nivel de laboriosidad de los alumnos.
- 8.-Un foco concreto y limitado dentro de cada sesión de clase.
- 9.-Comunicación máxima entre profesores y alumnos.
- 10.-Mantenimiento cuidadoso de registros.
- 11.-Intervención de los padres.
- 12.-Un ambiente positivo.

Asimismo, Renihan y Renihan (S/F) (citados en Reynolds,1995, pag.28), mencionan que para la creación de una organización efectiva son importantes los factores siguientes:

- 1.-Liderazgo: Un liderazgo administrativo e instruccional positivo, la aceptación de la responsabilidad, niveles de calidad elevados, visión personal, experiencia y carácter enérgico.
- 2.-Atención consciente al clima: se presta una atención específica a la creación y mantenimiento de un clima que facilita el aprendizaje, se establecen normas, reglamentos y directrices muy específicos que son claramente entendidos por todos.
- 3.-Enfoque académico: hacer énfasis en las aptitudes académicas básicas como característica común de las escuelas efectivas.
- 4.-Expectativas elevadas: es importante la dualidad de unas expectativas elevadas en cuanto al rendimiento de los alumnos y las expectativas elevadas sobre el resultado que puede obtenerse de los alumnos.
- 5.-Sentido de misión: debe tener las siguientes características:
 - * Normas compartidas y coherencia en todos los estamentos escolares.
 - * Métodos acordados mutuamente para realizar las cosas
 - * Objetivos expresados claramente y conocidos por los objetivos
 - * Planificación conjunta

6.-Estrategias motivacionales positivas: reflejar estrategias destinadas a fomentar la propia imagen de los alumnos y una atmósfera amistosa y colaboradora.

7.-Retroalimentación sobre el rendimiento académico: comentar regular y continuamente a los alumnos sus resultados académicos.

Por otro lado, la UNESCO (1995) menciona las siguientes propuestas para una buena integración:

1.-LAS RELACIONES ENTRE ALUMNOS Y PROFESORES

Las relaciones personales dentro de la escuela son muy importantes. Los profesores que tienen una buena relación con sus alumnos logran mantener mejor la disciplina, gozan de una opinión favorable entre sus alumnos y son comprendidos cuando se topan con alguna dificultad.

¿Qué es lo importante entonces, para que se establezcan relaciones positivas entre alumnos y profesores? Son cuatro los factores que parecen revestir particular importancia:

- a) La organización del aula
- b) La formulación de objetivos
- c) La conducta del profesor
- d) Las reglas apropiadas

2.-LAS RELACIONES ENTRE ALUMNOS

Un medio importante de ayudar a todos los niños a aprender satisfactoriamente es el recurso al llamado "poder de los pares". Dicho de otro modo, se puede alentar a los niños a que se ayuden mutuamente. Este método puede ser particularmente útil para los niños que experimentan dificultades o para aquellos con discapacidades, dándose así el aprendizaje cooperativo.

La tutoría entre compañeros es un excelente medio para los profesores de brindar ayuda adicional a algunos alumnos.

El apoyo entre compañeros consiste en reunir a un grupo de muchachos para que trabajen juntos y derriben las barreras erigidas por la sociedad respecto a la idea general de lo que debe ser la norma.

La tutoría entre compañeros puede revestir la forma de "compañeros auxiliares" en que la relación con los otros alumnos es ante todo extraacadémica.

3.-RELACIONES ENTRE PADRES Y PROFESORES

La participación de los padres en la escuela, sobre una base muy amplia, no sólo permite establecer relaciones positivas entre el hogar y la escuela, sino que también puede despertar en los padres un interés activo por la educación de sus hijos. La colaboración entre padres y profesores puede tener un efecto benéfico en los niños. Puede servir para prevenir problemas antes de que éstos queden fuera de control.

Al examinar las relaciones entre padres y profesores, es conveniente considerar que los padres:

- * No constituyen un grupo homogéneo
- * Tienen necesidades y también potencialidades

La mayoría de los padres aprecian la información sobre sus hijos, pues así pueden participar en la toma de decisiones futuras. Y para que los padres se conviertan en verdaderos colaboradores en la educación de sus hijos, es indispensable que:

- 1.-Se considere a los padres como participantes activos capaces de contribuir con válidos y valiosos aportes a la educación de sus hijos.
- 2.-Los padres formen parte integral del proceso de toma de decisiones.
- 3.-Se reconozca el considerable conocimiento que poseen los padres acerca de sus hijos.
- 4.-Se aprovechen y utilicen las potencialidades de los padres como complemento de las aptitudes profesionales.
- 5.-Exista una responsabilidad compartida entre padres y profesionales.

La mayoría de los padres están dispuestos y son capaces de contribuir en alguna de las siguientes formas:

- 1.-Ayudando a sus hijos en algunas de las tareas que deben hacer en casa
- 2.-Controlando periódicamente el progreso de sus niños
- 3.-Ayudando en la preparación de materiales didácticos para la clase
- 4.-Participando en los comités o asociaciones escolares
- 5.-Participando en las excursiones escolares
- 6.-Ayudando a otros niños de la clase bajo la supervisión del profesor
- 7.-Organizando colectas para recaudar fondos
- 8.-Hablando con grupos de niños sobre sus propias habilidades e intereses y eventualmente impartiendo enseñanzas

Por otra parte, los padres hacen algunas recomendaciones para los profesores sobre cómo establecer mejores relaciones de trabajo con las familias:

- 1.-Ser honestos
- 2.-Sepan escuchar
- 3.-Reconozcan cuando no sepan
- 4.-No vacilen en elogiar
- 5.-Soliciten apoyo
- 6.-Se informen
- 7.-Presten apoyo a los niños

Por último se recomienda que en la escuela exista lo siguiente:

- 1.-Apoyo en el aula
- 2.-Adaptación del material didáctico
- 3.-Adaptación de los métodos de enseñanza
- 4.-Capacitación del personal

1.5.2.7 PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS NIÑOS AL SER INTEGRADOS A ESCUELAS REGULARES

La mayoría de los niños con discapacidad, presentan problemas en las habilidades sociales, Gresham (1995; pag.44) categorizó los problemas en las habilidades sociales en 4 áreas generales:

1.-Deficiencias en las habilidades: Los niños con deficiencias en las habilidades sociales o no tienen las aptitudes sociales requeridas en sus repertorios comportamentales para relacionarse adecuadamente con sus compañeros o no saben cómo realizar algún elemento crítico en la ejecución de esa habilidad.

2.-Deficiencias en la ejecución: Una deficiencia en la ejecución social se da en niños que cuentan en su repertorio con habilidades sociales pero no las ejecutan a niveles aceptables.

3.-Deficiencias en las habilidades de auto-control: La determinación de una deficiencia en las habilidades de auto-control se apoya en dos criterios: a) la presencia de una respuesta activadora emocional y b) el niño en cuestión desconoce o nunca ha ejecutado la conducta social en cuestión.

4.-Deficiencias en la ejecución del auto-control: Los dos criterios principales que se usan para determinar una deficiencia en la ejecución del auto-control son: a) la presencia de una respuesta activadora emocional y b) la ejecución irregular de la habilidad en cuestión.

Los niños deficientes carecen de una serie de habilidades sociales debido a diversas combinaciones de deficiencias de habilidad, ejecución y auto-control. La delimitación de estos diversos tipos de deficiencias en las habilidades sociales exige una evaluación adecuada que debe utilizar técnicas múltiples de evaluación.

1.5.2.8 VENTAJAS DEL PROCESO DE INTEGRACION

Una revisión de los principios inspiradores de la integración escolar de niños discapacitados nos revela algunas ventajas importantes de esta manera poco tradicional de ver su educación y, de hecho la educación en general.

La integración también es beneficiosa para el resto de los alumnos ya que aprenden con una metodología más individualizada, disponen de más recursos y adquieren actitudes de respeto y solidaridad hacia sus compañeros menos dotados.

La integración en la sociedad de la persona discapacitada comienza por la integración a una de las primeras formas de sociedad, es decir, la escuela. Por eso se puede considerar la integración escolar como el inicio de un proceso más amplio de integración.

La integración del alumno discapacitado ofrece al alumno no discapacitado la posibilidad de compartir con una persona distinta, de manera tal de aprender a aceptar y respetar diferencias. El alumno discapacitado, por su parte, tiene la oportunidad de incorporarse a la comunidad escolar en condiciones semejantes a la del resto de sus compañeros. Puede adquirir un concepto realista de lo que es una sociedad multiforme, con gente de todo tipo y competitiva, pudiéndose formar una idea realista de sus posibilidades. De hecho, el proceso de integración de los discapacitados a la sociedad es un proceso de dos vías: preparar a las personas discapacitadas para que se integren a la sociedad y preparar a la sociedad para que las reciba (Toledo, 1981) (citado en Alvarado y Murga, 1995).

Sin embargo, también pecaría de ingenuidad pensar que, a partir de una situación de integración escolar, la integración social se produce automáticamente. La sociedad no es una comunidad acogedora en la que los elementos 'desviantes' son automáticamente aceptados con un contexto 'normal' gracias a las medidas que se toman para instalarlos en el (Soder, 1981). Los prejuicios y mecanismos segregacionistas de la sociedad adulta están seriamente anclados y deberán pasar muchas generaciones para que todos los adultos de una comunidad hayan tenido la oportunidad de compartir sus estudios con algún compañero excepcional (Monerco, 1985) (citado en Alvarado y Murga, 1995).

Al lado de la preparación para la integración social, la integración escolar ofrece otras ventajas más directas, especialmente en los llamados países de menos desarrollo en cuanto a su población meta.

En general, estos países no cuentan con la superespecialización y las estructuras excepcionales de los países industrializados.

No obstante las ventajas manifiestan que conviene hacer algunas advertencias.

Primero: la integración tiene la reputación indiscutible de ser algo tan bueno que se presta a las consignas y a los usos más retóricos.

Segundo: la integración significa cosas diferentes en los distintos sistemas, lo que no debería plantear ningún programa con tal de que se tenga conciencia de que la integración es tan sólo el signo con el que se nombra al proceso de reforma de todo el sistema escolar y a la creación de una infraestructura educativa adecuada para todos los alumnos.

Ventajas de la integración con sordos:

"Mayor interacción con compañeros oyentes, lo que favorece su comunicación oral y su adaptación social; mayor conocimiento y relación con personas oyentes, lo que facilita una mayor conexión entre lo que es la realidad familiar y el entorno más próximo del niño sordo con la realidad educativa; mayores posibilidades para la integración en la vida adulta" (Marchesi, 1990; pag.265).

1.5.2.9 LIMITACIONES DE LA INTEGRACION

Una de las principales dificultades con las que se topa la reforma de la integración escolar, es que de acuerdo a las exigencias de una educación tan compleja como la integrada, el exigir a los profesores que resuelvan los problemas de manera adecuada, sin haber recibido la preparación necesaria desde la etapa de su formación, origina disconformidad, incertidumbre, causada en parte debido a que este proceso innovador pone de manifiesto los desajustes de la educación actual en México. Este cambio debe ser llevado a cabo gradualmente, implicando el compromiso de los profesionales para así lograr los requerimientos de esta escuela integradora. Es un proceso dialéctico que mira hacia adentro, hacia nuestro pensamiento como profesores y hacia afuera para transformar la situación en que nos encontramos (López y Guerrero, 1993).

De aquí surge poner de manifiesto la necesidad de una formación profesional que sea capaz de afrontar la heterogeneidad del grupo de alumnos, con la que se encontrarán en cualquier aula. Por esto es urgente dejar de preparar al profesorado de acuerdo con una supuesta homogeneidad que en realidad no existe en los salones de clase ni en las escuelas.

Se debe tomar en cuenta una preparación orientada a la capacidad de comprender las diferencias de los alumnos.

También es un inconveniente importante la incapacidad para identificar que conductas concretas llevan a la aceptación de los compañeros a una aceptación e integración total entre ellos.

1.5.2.10 EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA EDUCACION ESPECIAL

Se reconoce que la educación especial es un campo que requiere de la participación de diversas disciplinas, incluyendo la psicología, el psicólogo realiza las siguientes funciones en conjunto con otros profesionales: la identificación, la evaluación, la intervención y la prevención (Macotela, 1995; pag. 35).

1.-IDENTIFICACION

Es el primer paso en el proceso encaminado a la solución de un problema de educación especial. El propósito fundamental es detectar y posteriormente canalizar a los individuos con posibles problemas a una evaluación más exhaustiva que confirme o descarte el problema en cuestión. Puede ocurrir en cualquier momento de la vida del individuo y típicamente la realizan los padres, los maestros, los trabajadores sociales, o los médicos.

La participación del psicólogo en el proceso de detección está encaminado a contribuir a mejorar las prácticas y sistemas utilizados para tal efecto. Por ejemplo: los programas de adiestramiento para padres, maestros, educadoras y otros agentes sociales involucrados.

Otra forma de participación del psicólogo a nivel de detección se refiere a la creación o adaptación de instrumentos de escrutinio que faciliten la tarea de detección a quienes están directamente involucrados con el niño (Allen, 1980) (citado en Macotela, 1995).

2.-EVALUACION.

La evaluación determina la naturaleza y el grado de incapacidad para decidir la mejor forma de intervenir. La participación de los psicólogos en este terreno es probablemente la más conocida y demandada, dada la gran cantidad de instrumentos que se han desarrollado para evaluar diversos aspectos del comportamiento humano (inteligencia, aptitudes, desarrollo, actitudes, personalidad, etc.).

El psicólogo colabora en la evaluación en dos modalidades: 1) Clasificando a los individuos de acuerdo con los resultados de pruebas diversas y 2) ubicando las necesidades instruccionales de la persona con base en los resultados de los instrumentos utilizados. En el primer caso utiliza instrumentos referidos a la norma y en el segundo utiliza instrumentos referidos a criterio. Puede auxiliarse de técnicas informales como la observación y los registros anecdóticos, de entrevistas, cuestionarios o encuestas. La participación del psicólogo en la evaluación se refiere a la adecuada selección de técnicas y herramientas, así como el manejo cuidadoso y ético de las mismas.

3.-INTERVENCION.

Es el proceso de solución de problemas en la intervención, es decir, la modificación o desarrollo de servicios, estrategias, técnicas o materiales encaminados a la solución del problema concreto.

El psicólogo participa en este nivel a partir de técnicas, métodos y procedimientos asociados a terapias y programas destinados a la habilitación y ajuste del individuo. Están involucrados tanto la familia, como la escuela y la comunidad. El papel de psicólogo involucra los esfuerzos por diseñar programas de intervención en los que se considere estos entornos (Hallahan y Kauffman, 1986) (citados en Macotela, 1995).

4.- PREVENCIÓN

La participación del psicólogo a nivel preventivo en problemas de educación especial giran alrededor de tres niveles e prevención: terciaria, secundaria y/o primaria.

La prevención terciaria se refiere a reducir la tasa de disfunción emocional o conductual en una comunidad, así como a reducir la severidad y duración de los desórdenes. Propone la creación de facilidades comunitarias para cuidados diurnos y nocturnos y el mejoramiento de la calidad del cuidado. El psicólogo contribuye en el desarrollo de programas que involucran a la comunidad y frecuentemente a instituciones.

La prevención secundaria involucra la identificación temprana y la intervención oportuna antes de que se desarrolle un problema severo. Involucra la identificación de factores específicos de riesgo y el mejoramiento de las herramientas de diagnóstico.

La prevención primaria se refiere a reducir la tasa de nuevos casos contrarestando la influencia adversa antes de que causen daños o disfunciones reduciendo el problema en toda la población.

1.6 PANORAMA HISTORICO DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

En México, los primeros servicios de educación especial se prestaron a niños sordos en los tiempos del presidente Benito Juárez. La visión liberal republicana no fue ajena al compromiso de la educación a los individuos con discapacidades. Así se expidió los decretos que dieron origen a la Escuela Nacional de Sordomudos en 1867. En 1870 se fundó la Escuela Nacional para Ciegos. Las dos existen todavía: una como Instituto Nacional de la Comunicación Humana y la segunda como su antiguo nombre.

CRONOLOGIA DE AVANCES DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO A PARTIR DE 1900.

1914 El Dr. José González crea una escuela para discapacitados intelectuales en Guanajuato

1918-27 Se crea la escuela de orientación para varones y niñas

1932 Se crea la escuela para niños anormales

1935 Se crea el Instituto Médico Pedagógico
Se incluye en la ley orgánica de educación un apartado para la protección de los débiles mentales

1936 Se crea la Clínica de la conducta y ortofonología

1943 Se crea la Escuela Normal de Especialización

1952 Se crea el Instituto Nacional de Audiología y Foniatría

- 1954 Se crea la Dirección de Rehabilitación
- 1958 Se funda en Oaxaca una escuela de educación especial
- 1959 Se crea la Oficina de Coordinación de Educación especial
- 1960 Se crea la escuela primaria de perfeccionamiento No. 1 y 2
- 1961 Se crea la escuela primaria de perfeccionamiento No. 3 y 4
- 1962 Se crea el Instituto Nacional de Comunicación Humana
Se inaugura la escuela para niños con problemas de aprendizaje en Veracruz
- 1970 Se crea la Dirección General de Educación Especial (DGEE)
- 1975 Se crean los GIEH (Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos)
- 1982 Bases para la política de educación especial
- 1984 Implantación de la propuesta de aprendizaje de la lengua escrita y la matemática
- 1989-94 Programa Nacional de Integración

1.6.1 INNOVACION Y CAMBIO EN LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

En Marzo de 1993 se elaboró el proyecto general de educación especial en México, (SEP-DGEE,1994) que consiste en diez aspectos básicos y, en términos generales cuenta con una perspectiva al año 2010:

1.- Permite terminar con un sistema paralelo de educación, que además de ser éticamente inaceptable, resulta inadecuado para la nueva concepción de calidad educativa, e inviable para dar cobertura a la demanda de la población con necesidades educativas especiales, en otras palabras, la educación especial puede cumplir hoy con el imperativo de ser considerada una modalidad de la educación básica y abandonar su condición segregadora de nivel especial.

2.- Hay que tomar en cuenta que las instituciones de educación especial surgieron con las instituciones pioneras de educación pública en el país, su tradición es centenaria. El sistema de educación especial se ha venido consolidando, como sistema paralelo, a lo largo de 127 años, por lo que al ser considerada una modalidad de educación básica requiere de un programa institucional que permite las equivalencias por niveles. La educación especial no debe quedar marginada de los criterios globales de calidad educativa.

3.- La concepción actual de calidad educativa en lo que se refiere a relevancia, cobertura, eficiencia y equidad permite mejorar el servicio público de educación, bajo el criterio básico de ningún concepto de exclusión: género, étnia, territorio, clase social, necesidades educativas especiales, etc.

4.- No se trata de cancelar los servicios de educación especial e incorporar automáticamente a la población con necesidades educativas especiales a los centros regulares. Sino, más bien, establecer una gama de múltiples opciones graduales de integración para que una escuela de calidad para todos cumpla con el derecho que tienen los alumnos con requerimientos de educación especial, teniendo así el acceso irrestricto a ambientes normalizados de educación, bajo un programa de seguimiento y apoyo, tanto al alumno, a los padres, al maestro que lo recibe en el aula, como al propio centro escolar.

5.- El programa de integración deberá estar concebido como un programa de desarrollo institucional y como un espacio para ofrecer calidad educativa a todos los educandos en edad escolar, con o sin discapacidades en su desarrollo. Logrando, de este modo, los grados de excelencia educativa para todos los alumnos sin excepción alguna.

6.- La federalización de los servicios educativos, incluidos los de educación especial, así como el reordenamiento de los mismos en el D.F., permite acercar las soluciones al lugar donde se generan los problemas. Esta consideración es importante para ir resolviendo, de manera concreta e individual, los complejos problemas que exige la integración.

7.- Es central considerar que la integración educativa del sujeto con necesidades educativas especiales requiera de una ley no discriminatoria. Para ello, era fundamental que se modificara la Ley Federal de educación para permitir cobertura legal a las estrategias de integración educativa. Esto, queda plenamente satisfecho entre ellos por el artículo 41 de la actual Ley General de Educación, el cual dice:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidad transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autonoma convivencia social y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación.”

8.- La integración escolar es fundamental para la integración social del sujeto con necesidades especiales; sin embargo, la integración social de este sujeto debe formar parte de un programa integral que trascienda los aspectos escolares. Se debe promover la integración en los ámbitos de salud, educación, recreación y cultura, sin

descuidar el laboral. Para ello, es indispensable que se implante una efectiva concertación intersectorial.

9.- Está demostrado que los centros escolares que logran calidad educativa son aquellos que resuelven sus problemas bajo una gestión colegiada y participativa a través de los consejos escolares. No hay duda que la integración de alumnos con necesidades especiales constituye un compromiso profesional al lado de las familias de niños con y sin discapacidad, en dichos centros; esto tendrá mayor posibilidad una vez que sean instalados los consejos escolares de participación social. Por ello, es de fundamental importancia iniciar una fuerte iniciativa de integración simultánea a las instalaciones de consejeros de participación social.

10.- En lo que se refiere a la formación y actualización del magisterio, es importante que sean incluidos aspectos básicos sobre la atención a las necesidades educativas especiales con el nuevo enfoque de integración, tanto en las escuelas normales de especialización como en todas las instituciones formadoras de docentes para la educación básica (Guajardo, 1996).

Los resultados que se han obtenido con la reorientación de servicios de educación especial en el D.F. son los siguientes:

1.-La integración educativa permite que la educación especial deje de ser un servicio de asistencia complementario a la educación familiar de menores con alguna discapacidad y da acceso al currículum básico.

2.-La educación especial, por lo mismo, ya no subdivide los servicios por área de discapacidad, sino por niveles educativos.

3.-La integración escolar, como espacio educativo es opcional. La opción escolar es posible porque en ambos espacios educativos, el de la escuela regular y el de la escuela especial llevan el mismo currículum.

4.-Para 1995 en la República Mexicana se registran un total de 2,727,989 personas discapacitadas, de las cuales se encuentran inscritas a escuelas integradas 2,121,365 y no inscritas 606,624.

5.-Asimismo, en 1995 en el D.F. se registran 238,867 personas discapacitadas, de las cuales se encuentran inscritas a escuelas integradas 189,080 y no inscritas 48,787 (Guajardo, 1996).

6.2 NUEVA ESTRATEGIA DE INTEGRACION EN MEXICO

El cambio en el enfoque de la integración del sujeto con necesidades educativas especiales consiste en no hacer de la integración un objetivo, sino un medio estratégico para lograr una educación básica de calidad para todos, sin exclusión. Esto es, la integración pasa de un objetivo pedagógico a una estrategia metodológica para un objetivo ético: la equidad en la calidad de la Educación Básica.

El proyecto de integración debe de contar con dos acciones simultáneas: la escolar y la social.

La estrategia para los sujetos con necesidades especiales requiere de una acción integral: en salud, recreación y deporte, educación y asuntos laborales. De otro modo, difícilmente es posible una autonomía como ciudadanos productivos con todos sus derechos y obligaciones ante la sociedad y el estado.

En México, además de comprometer una educación básica para las personas con discapacidad en el artículo 41 de la actual Ley General de Educación, recientemente se ha adicionado al artículo 33 de la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas de la Federación, el que sean consideradas la eliminación de barreras arquitectónicas en todos los edificios públicos y privados, así como calles y banquetas, el metro y todos los ámbitos de concurrencia de personas. Esto, obviamente, abarca escuelas regulares a las que acuden personas con discapacidad.

También hay entidades de la República donde los Congresos de los estados han incorporado iniciativas en este mismo sentido, tanto en el aspecto social, como escolar. Tales con los de Nuevo León, Durango y Aguascalientes entre otros.

En el D.F. se han propuesto las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), que son la instancia técnico operativa y administrativa de la educación especial que favorece los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, dentro del ámbito escolar de dichos alumnos.

El desarrollo técnico-operativo de la USAER se realiza con base en dos estrategias generales que son: la atención a los alumnos y la orientación al personal de la escuela y a los padres de familia.

El desarrollo técnico-pedagógico considera cinco acciones fundamentales: evaluación inicial, planeación de la intervención, intervención, evaluación continua y seguimiento.

La educación que se brinda a los alumnos se proporciona en el aula de la escuela regular o en aulas de apoyo diseñadas para tal fin. Cabe destacar que la determinación de la forma específica de atención se determina por el personal de la escuela en colaboración con el personal de la USAER coadyuvando de esta forma a elevar la calidad de la educación básica que se brinda en las escuelas regulares.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA USAER

La estructura organizativa de la USAER está constituida por un director, los maestros de apoyo de educación especial, el equipo de apoyo técnico y una secretaria.

El apoyo técnico estará constituido básicamente por un psicólogo, un maestro de lenguaje y un trabajador social.

Cada USAER, en promedio, apoyará cinco escuelas en la atención de todos sus alumnos que presenten necesidades educativas especiales, en la orientación a los padres de familia y a los maestros de la escuela regular. En la escuela se acondicionará un aula que se denominará "aula de apoyo", donde se llevará a cabo todas las actividades.

1.- En cada escuela se ubicará a maestros de apoyo de educación especial de manera permanente para que proporcione la atención a las necesidades educativas especiales a partir de la intervención directa con los alumnos y en la orientación al personal de la escuela y a los padres de familia.

2.- En promedio existirán dos maestros de apoyo en cada escuela, aunque estarán sujetos a la demanda que exista.

3.- El director de la USAER establecerá su sede en alguna de las escuelas de la Unidad y coordinará las acciones para la atención de los alumnos y la orientación al personal de la escuela y a los padres de familia en las cinco escuelas de la Unidad. La secretaria tendrá su sede en el mismo lugar que el director y brindará apoyo secretarial a todo el personal de la Unidad.

4.- El equipo de apoyo técnico participará en cada una de las escuelas, tanto en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, como en la orientación a los maestros y a los padres de familia. Establecerán su sede en la Unidad y ofrecerán el apoyo a las escuelas de manera itinerante.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DE LA USAER

La intervención psicopedagógica de la orientación al personal de la escuela y a los padres de familia.

La intervención psicopedagógica se realiza en el aula de apoyo; se elegirá a partir de reconocer las necesidades educativas especiales de los alumnos y de las circunstancias del proceso enseñanza-aprendizaje que se sirve en la escuela.

La orientación al personal docente y a los padres tiene por objeto proporcionar los elementos técnicos y operativos que les permitan participar en la atención de los alumnos, considerando además las necesidades que expresen tanto maestros como

padres de familia y los aspectos que se identifiquen como necesarios de reflexionar con ellos, en la perspectiva de dar respuesta a las necesidades educativas especiales de los alumnos.

PROCESO DE ATENCION

El proceso de atención de la USAER inicia con la evaluación inicial, en ella se consideran dos elementos:

- 1.-La detección de alumno
- 2.-La determinación de sus necesidades educativas especiales

En la detección se identifican los alumnos que con respecto a su grupo de referencia presentan dificultades ante los contenidos escolares y requieren de un apoyo pedagógico y/o de otra naturaleza.

A partir de la detección se procederá a la determinación de las necesidades educativas especiales.

La orientación a los padres de familia consistirá en proporcionar información respecto al trabajo que realiza el personal de la USAER en la escuela regular, en lo concerniente a la atención que recibirán sus hijos; se informará de la evolución que presenta el aprendizaje, finalmente, se brindarán sugerencias sobre diversas actividades educativas a desarrollar en el hogar, con ello, se remarca la importancia de su participación, junto con el personal de la escuela para manejar la educación de sus hijos.

En cuanto a las estrategias de trabajo la USAER considera como imprescindible realizar acciones de difusión, sensibilización, y gestión escolar dentro de la escuela y en la zona escolar.

Así, la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) representa una nueva relación entre los servicios de educación regular en el marco de la educación básica.

Por ello, en el cambio hacia la reestructuración del Sistema Educativo Nacional, la USAER es una estrategia a partir de la cual tendrán que ajustarse las otras instancias de la educación especial (Servicio de carácter complementario y servicios de carácter indispensable) para ponerse a disposición de la educación básica en la atención de las necesidades educativas especiales, ya que con ello se estará favoreciendo la integración educativa de la población que hasta el momento se encuentra en los servicios de educación especial y que no goza de los beneficios del currículum de la educación básica y de la interacción de medios educativos (DGEE-SEP, 1994).

1.6.3 GRUPOS INTEGRADOS ESPECÍFICOS PARA HIPOACUSICOS (GIEH)

De manera experimental se introdujo un grupo de niños hipoacúsicos y una maestra especialista, a una escuela regular realizando las funciones escolares en la misma y apoyado por la S.E.P. y la S.S.A.; así se fueron creando nuevos grupos hasta llegar a lograr un programa completo de educación especial inicial para niños con disminución auditiva, que abarca Jardín de niños, Primaria y Secundaria Técnica. Los GIEH forman parte de la Dirección General de Educación Especial desde 1975.

Así, a partir de 1979 la DGEE organizó un equipo de trabajo en el área de audición, encargado de elaborar los lineamientos de atención para niños con trastornos auditivos, en el cual se propusieron dos alternativas:

1.- El método oral para tres niveles escolares: estimulación temprana, preescolar y primaria. Este método se considera el más completo, pues en él se conjugan las siguientes áreas indispensables para la educación del niño sordo: lectura labio-facial, adiestramiento auditivo, articulación morfosintáctica e integración perceptivo-motriz, adaptación socio-afectiva y lecto-escritura.

Este método tiene como principal objetivo que el niño adquiera la comunicación verbal suficiente para integrarse a la escuela regular.

2.- La alfabetización y las señas. Esta alternativa se propuso para alumnos que no pueden acceder al método oral; se auxilia del programa de primaria intensiva para adultos y de las señas utilizadas para la comunidad sorda en cada entidad.

Actualmente, cada grupo integrado está formado por diez alumnos y una maestra especialista en problemas de audición y lenguaje, que se integran a una escuela dependiente de la S.E.P. ubicada en algún punto del D.F.; la rehabilitación que se pretende se da por medio de una instrucción sistematizada en base a los programas de la S.E.P. con modificaciones en problemas de audición, para lograr ampliar el lenguaje conceptual y mejorar sus áreas receptivo-expresivas procurando una mayor y mejor comunicación oral y escrita y permitir una realización en las actividades académicas superiores para poder adquirir alguna actividad laboral.

A su vez se orienta a los padres de familia para que estimulen, motiven y orienten a sus hijos y les ayuden a aprovechar al máximo las diferentes situaciones y a ellos mismos para que puedan reducir angustia, sentimientos de culpa, rechazo a sus hijos, etc., hacia el problema de la disminución auditiva de sus hijos, trabajando como un conjunto de personas interesadas en la rehabilitación del hipoacúsico.

Los GIEH atienden a personas en edad escolar entre 3 y 20 años que tienen como característica principal el ser hipoacúsicos, que hayan tenido rehabilitación.

La estructura de los GIEH es la siguiente:

1.-DIRECCION

2.-SUBDIRECCION

3.-AREA TECNICA:

A) INTERVENCION TEMPRANA: Cada grupo está conformado por 10 alumnos, como su nombre lo indica, el trabajo de la maestra se refiere a estimular a la edad más temprana al niño hipoacúsico para lograr una mejor y mayor rehabilitación, enfocándose al desarrollo del niño, hábitos de higiene y conducta, sociabilización, lenguaje, comprensión, etc.

B) PREESCOLAR, PRE-PRIMARIA Y PRIMARIA: Como se había mencionado se integran con diez niños hipoacúsicos con una maestra especialista a una escuela oficial, donde se trabajan temas pedagógicos con técnicas de la S.E.P y de educación especial, participan en las actividades de educación física, ceremonias, actividades sociales, etc., como forma de integración al medio escolar.

C) SECUNDARIA: Se constituye en grupos de 10 a 13 alumnos que se integran a secundarias técnicas de la S.E.P. Cada grupo cuenta con un titular (maestra especialista) que funge como responsable de éste, para lograr un buen funcionamiento en las diferentes actividades cívicas, deportivas, tecnológicas, artísticas y sociales.

Las materias académicas son impartidas por las maestras especialistas de los GIEH apoyadas en técnicas específicas, las áreas de educación física, artística, talleres y laboratorios son impartidas por las maestras de la escuela secundaria, con apoyo del maestro especialista que está a cargo del grupo.

D) TERAPIA DE LENGUAJE: Se imparte como apoyo a las actividades escolares, es individual, recibe el niño una o dos horas semanales en un horario discontinuo al que asiste a la escuela, las técnicas empleadas se dirigen al área de percepción, lenguaje, etc., y se pretende que los padres asistan a estas sesiones como una labor de continuidad en el hogar.

E) COMPUTACION: La finalidad es introducir a los alumnos en el campo de la computación para brindarles en el futuro una alternativa en el campo laboral.

F) PSICOLOGIA: Tiene como objetivo principal el colaborar en la educación integral de los alumnos de los GIEH, dando apoyo de tipo psicológico a los alumnos, padres y maestros, para lograr en forma satisfactoria su desarrollo dentro de la sociedad.

4.-AREA ADMINISTRATIVA:

- A) SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
- B) CONTROL ESCOLAR
- C) PAGADOR HABILITADO
- D) SERVICIOS GENERALES

- * Secretaria
- * Trabajador Manual

Como ya se describió, los GIEH representan una alternativa de educación para los niños hipoacúsicos en México, ahora por último, describiremos la propuesta de Marchesi (1990) para integrar a los niños hipoacúsicos a una escuela regular.

1.6.4 LA EDUCACION DEL NIÑO SORDO EN UNA ESCUELA INTEGRADORA

Uno de los debates que todavía se mantienen en el campo de la educación de los niños sordos es el referido a su educación normalizada con compañeros oyentes. La posibilidad de que los niños sordos, especialmente si son profundos, estén escolarizados en colegios de oyentes ha sido contemplada con recelo tanto por sus maestros como por las propias asociaciones de sordos. Las razones principales que señalan son las siguientes:

- 1.-Los alumnos sordos de los colegios de oyentes reciben menos atención y de menor calidad, ya que el número de alumnos por aula es mayor y los recursos técnicos, por el contrario, son menores.
- 2.-Los profesores en los centros de oyentes no están preparados para enseñar a los niños sordos.
- 3.-Los alumnos sordos tienen serios retrasos en la comunicación oral, por lo que su integración social no va a ser fácil. Además su lentitud en la adquisición del lenguaje oral va a afectar a las posibilidades de un aprendizaje normalizado.
- 4.-La integración margina el lenguaje de signos, que es necesario, según opinión casi unánime de las asociaciones de sordos, para la educación de los alumnos sordos.

Estas deficiencias se ven reforzadas cuando se analizan los datos recogidos sobre el rendimiento académico de los alumnos sordos. La tendencia general de todos ellos indica que sus aprendizajes progresan con mayor lentitud en relación con los alumnos oyentes, ampliándose las diferencias cuando las edades comparadas son superiores. Los datos nacionales recogidos en Estados Unidos indican que los alumnos sordos necesitan algo más de dos cursos para avanzar en lectura lo que los oyentes consiguen en un solo curso, estando relacionado el ritmo de progreso con el nivel de pérdida auditiva.

Los resultados obtenidos en aritmética indican que el rendimiento de los sordos está más próximo al de los oyentes. A los 18-19 años, el nivel medio general de los alumnos sordos, medido a través de pruebas de rendimiento académico, se sitúa en el que consiguen los alumnos oyentes a los 11-12 años.

La integración del niño sordo exige como condición necesaria, que exista un proyecto educativo concreto en el centro que tenga en cuenta la presencia de alumnos sordos y sus necesidades educativas. Este planteamiento supone adaptarse de dos concepciones: la que considera que la integración del sordo es un problema que debe resolver cada profesor en su aula de forma aislada, y la que sostiene que la integración no supone ningún cambio en el plan educativo elaborado para los alumnos oyentes, sino solamente para los sordos.

El proyecto educativo del centro debe incluir entre sus rasgos de identidad el hecho de que están siendo educados en él alumnos sordos. Las necesidades educativas de los sordos deben, igualmente, modular los distintos elementos que constituyen este proyecto: la delimitación de los objetivos educativos generales, la organización del centro, la programación de las actividades, la coordinación entre los profesores, especialmente con los profesores de apoyo, la metodología básica y los criterios de evaluación de los alumnos.

Entre los criterios que deberían estar presentes en la elaboración del proyecto educativo podrían apuntarse las siguientes:

- 1.-Equilibrio entre todos los objetivos, evitando que la adquisición de información y de conocimiento sea el factor central que oriente todo el aprendizaje de los alumnos.
- 2.-Valoración semejante de todas las áreas curriculares.
- 3.-Flexibilidad en la organización del centro y en la coordinación de las actividades.
- 4.-Diversidad en las actividades que se realizan, en las posibilidades que se ofrecen a los alumnos y en los métodos que se emplean.
- 5.-Incorporación de un sistema de detección de las necesidades educativas específicas de cada alumno sordo, de criterios para realizar las adaptaciones curriculares pertinentes y evaluación de la evolución de los alumnos.
- 6.-Utilización habitual de los métodos activos, de la experiencia directa y del soporte visual de la información.
- 7.-Importancia de la expresión corporal y de la utilización de las manos y de los gestos para la comunicación.
- 8.-Decisión sobre el sistema lingüístico que se va a utilizar con los alumnos sordos.

9.-Planificación de actividades de juego y de ocio para favorecer la interacción social de los niños oyentes y sordos.

10.-Decisión sobre el tipo de relaciones que el centro va a intentar establecer con las asociaciones de personas sordas y papel de los adultos sordos en el proceso educativo del centro.

La práctica educativa en un centro docente tiene distintos niveles de concreción. En el nivel más general están las orientaciones y decisiones que se adoptan para todo el centro y que constituyen su proyecto educativo. En niveles más concretos están las decisiones que guían la actividad docente de un grupo de profesores de un ciclo, o las orientaciones y decisiones de un profesor para el grupo de alumnos específicos de su aula.

Los objetivos básicos que el sistema educativo intenta promover son iguales para todos los alumnos: favorecer su desarrollo personal, emocional, intelectual, lingüístico y social, facilitar el conocimiento del mundo natural y social, y proporcionar las habilidades necesarias para poder incorporarse de la forma más activa y autónoma posible al mundo del trabajo y a la sociedad. Estas metas comunes han de obtenerse para los alumnos sordos en el ambiente más normalizado y menos restrictivo posible. No es la integración física un objetivo en sí mismo, sino la situación educativa capaz de favorecer el máximo desarrollo de los alumnos con deficiencias auditivas.

Entre los objetivos generales que hacen referencia al grupo de niños sordos integrados sería conveniente incluir dos precisiones: 1) Hacer mención del tipo de código lingüístico que van a adquirir y utilizar los sordos, y señalar qué desarrollo se busca para ellos. 2) Señalar qué relaciones se consideran necesarias que los niños sordos establezcan con las personas sordas.

La comunicación y el lenguaje en la educación del niño sordo es una de las dimensiones más importantes que debe impregnar todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Un criterio importante es la coordinación de los sistemas de comunicación utilizados por el niño sordo en la familia y en el colegio. Cuando el niño sordo va a un centro ordinario de integración, o bien solamente se utiliza el lenguaje oral o bien se emplea con el niño sordo la comunicación bimodal. Cuando esto sucede, es también importante que padres y educadores confronten y coordinen los signos que utilizan y la forma de estructurar las expresiones. Igualmente, cuando el alumno progresa en su lenguaje y bien padres o educadores creen conveniente reducir la comunicación signada o avanzar hacia la comunicación bilingüe, es necesario que las decisiones se vayan adoptando en común para facilitar el aprendizaje del niño.

A continuación se presentan algunas sugerencias para favorecer el desarrollo comunicativo del niño sordo en la práctica educativa:

- 1.-La adquisición y el desarrollo del lenguaje debe estar basado en la utilización de todas las posibilidades sensoriales del niño.
- 2.-Los juegos son las situaciones óptimas para favorecer la expresión y el intercambio comunicativo.
- 3.-Las situaciones de comunicación deben permitir que los niños sordos tengan acceso al mayor número de señales posibles, para que, a través de la percepción del contexto, puedan comprender con más facilidad la información que se les transmite.
- 4.-Las técnicas ortofónicas que se utilicen para la adquisición del habla deben emplearse en situaciones comunicativas que sean significativas y motivadoras para el niño.
- 5.-El lenguaje no es sólo un asunto fonético y sintáctico, siendo ambos aspectos fundamentales. El lenguaje es también un vehículo de comunicación que transmite un mensaje concreto para que un interlocutor determinado lo entienda.
- 6.-La comunicación de los adultos con el niño sordo debe ser contingente con las intenciones del propio niño, con lo que está viendo o pensando. El diálogo debe partir de los intereses y preocupaciones del niño y no sólo de los objetivos previos del adulto. En muchas ocasiones lo que se pide es que sean los niños contingentes con las intenciones del adulto (Wood et al., 1986) (citado en Marchesi, 1990).
- 7.-El diálogo y la conversación juegan un papel prioritario en el desarrollo de la competencia comunicativa, lo que en ocasiones se ha olvidado al referirse al desarrollo lingüístico de los niños sordos. Pero no sólo es importante conversar. También es necesario analizar cómo se producen los diálogos y qué papel tiene esta experiencia para favorecer la comunicación del niño sordo.
- 8.-Los problemas lingüísticos y comunicativos del niño sordo demandan una gran atención individualizada.
- 9.-Las expectativas de padres y educadores ocupan un papel importante en el estilo comunicativo que se emplee y en la confianza que se dé al niño.
- 10.-La comunicación manual ha de utilizarse dentro de esta dinámica comunicativa, en la que tienen prioridad los intercambios espontáneos, las situaciones de juego, los intereses del niño, la expresión lingüística en contextos conocidos y compartidos, y el diálogo a partir de las posibilidades del niño.

El lenguaje de signos, que puede ocupar por sí mismo un papel favorecedor del desarrollo del niño sordo, ha de ser también un medio importante para facilitar el aprendizaje del lenguaje oral, por lo que debe existir una coordinación entre ambos sistemas.

Es fácilmente comprensible que la adecuación de la comunicación en el aula a las posibilidades del niño sordo y la utilización del código lingüístico más idóneo es un elemento capital en todo el proceso educativo. Sin embargo, no debe considerarse como el único. También es preciso que cada profesor reflexione sobre los objetivos y contenidos de su área de conocimiento y sobre la metodología que va a utilizar, con el fin de realizar las adaptaciones que favorezcan que el alumno sordo alcance las metas educativas que para él se han establecido.

Hay algunas áreas en las que, especialmente para los sordos profundos, deben realizarse importantes adaptaciones curriculares. Son éstas las referidas a la lengua propia, al idioma extranjero y a la música.

La metodología de trabajo en el aula, el como enseñar, es una de las dimensiones que han de estar sometidas periódicamente a una revisión, con el fin de adecuarla a las posibilidades de aprendizaje de todos los alumnos, tanto sordos como oyentes. La presencia en el aula de alumnos con deficiencias auditivas debe reforzar el empleo de los siguientes principios metodológicos:

- A) Favorecer la actividad propia de los alumnos y fomentar sus experiencias directas como punto de partida del aprendizaje.
- B) Organizar las actividades de aprendizaje en pequeños grupos para estimular la comunicación y cooperación entre los alumnos.
- C) Posibilitar la realización de diversas tareas al mismo tiempo por los distintos grupos de alumnos, lo que facilita un trabajo más individualizado para el niño sordo, que puede así ser ayudado mejor por el profesor de apoyo.
- D) Utilizar constantemente métodos visuales de comunicación que sirvan de soporte a la información que se transmite oralmente.

Dentro de este contexto, tiene una especial importancia los materiales que se emplean para el aprendizaje de los alumnos. Bishop (1979)(citado en Marchesi, 1990) ha recogido un conjunto de orientaciones prácticas que pueden ser sugerencias útiles para el trabajo del profesor en el aula:

- 1.-Utilizar la pizarra, diagramas y cualquier tipo de material escrito para escribir las palabras clave, hacer síntesis y resumir conclusiones.
- 2.-Utilizar folletos y esquemas, y dar tiempo al alumno para que pueda leerlo.

3.-Emplear glosarios o listas de palabras, que van a estar incluidas en la actividad desarrollada.

4.-Utilizar al máximo todo tipo de medios: transparencias, diapositivas, dibujos y diagramas.

5.-Utilizar actividades de la vida real en clase.

6.-Animar a los alumnos a buscar y utilizar materiales visuales.

El diseño de un plan de trabajo y de una organización escolar adaptada a las posibilidades de cada alumno sordo constituye uno de los factores que mejor pueden contribuir a una satisfactoria educación del niño sordo en un centro de integración. Por ello, conviene tener en cuenta los factores más determinantes, conscientes, en cualquier caso, de la flexibilidad que hay que mantener para modificar la modalidad elegida en el momento en que se detecte que el proceso de desarrollo y de aprendizaje del alumno ha variado. Debemos por ello, tomar en cuenta:

- * El nivel cognitivo y lingüístico del alumno.
- * La interacción y adaptación social.
- * Las posibilidades en la escuela concreta.

Por otra parte, el aprendizaje de los alumnos no es una actividad aislada, separada de las acciones del profesor o de los compañeros. Por el contrario, es la interacción que se establece con los otros en el contexto educativo y con objetivos centrados en la adquisición de conocimientos o de reglas para resolver problemas lo que constituye su elemento fundamental.

El profesor tiene la responsabilidad de estructurar esta integración. De él va a depender la organización de la clase, la iniciativa de los alumnos, la relación entre ellos. Por lo que, si el profesor pretende que el aprendizaje se realice a través de la interacción y de la participación activa del niño, ha de poseer tres habilidades básicas:

- 1.-Conocer cómo son las formas de aprender del niño.
- 2.-Saber dialogar con él.
- 3.-Saber proponer tareas adaptadas a sus posibilidades de aprendizaje y a sus estrategias específicas.

Por último debemos mencionar que la integración no debe entenderse como un intento de apartar al niño sordo del mundo de las personas sordas. Por el contrario, una educación satisfactoria para la mayoría de los sordos, especialmente si son profundos, debe prepararles para convivir y desarrollarse en dos realidades sociales que para ellos son complementarias: la realidad de la sociedad de los oyentes y la realidad de la comunidad de sordos (Marchesi, 1990).

CAPITULO 2. HIPOACUSIA

2.1 DEFINICION DE HIPOACUSIA

Para Bowley, Gardner (1984) y Ramírez (1990), la hipoacusia es considerada como un tipo de sordera. La sordera es dividida en dos tipos de hipoacusia que son: hipoacusia transmisiva o conductiva y la perceptiva o senso-neural.

1.-HIPOACUSIA TRANSMISIVA O CONDUCTIVA: Es provocada por trastornos en el sistema mecánico de conducción del sonido y se manifiestan por un descenso de la audición por vía aérea con integridad de la percepción por vía ósea. Los problemas conductores son aquellos que involucran al oído externo o al oído medio, que va desde la membrana timpánica hasta el inicio de las estructuras nerviosas del oído interno (Ramírez, 1990 pag. 67).

a) Oído Externo:

A nivel de la oreja y conducto auditivo externo pueden aparecer malformaciones que oscilan desde la falta total del pabellón y el conducto, hasta estrechamiento de éste que no repercute sobre la audición. Dado que esas estructuras se forman en el embrión al mismo tiempo que la cara, suelen coincidir con malformaciones diversas de estas estructuras. Otra de las causas más frecuentes de este tipo de hipoacusia son algunos obstáculos en la transmisión del sonido como por ejemplo: la existencia de cerumen o cuerpos extraños y la inflamación del conducto auditivo externo (Ramírez, 1990 pag. 67).

En el oído externo también se puede manifestar la llamada APLASIA o DISPLASIA ARTICULAR que se refiere a las secuelas traumáticas por cuerpos extraños, las estenosis cicatrizales, los tapones epidérmicos, los quistes sebáceos o congénitos y algunos problemas de índole tumoral (Marchesi, 1987).

b) Oído medio:

Los problemas conductores pueden deberse a falta de tímpano o perforación de este que hace que pierda la capacidad de vibración, la falta o malformaciones de huesecillos, fijación del estribo, otitis aguda o crónica, meningoesclerosis, otesclerosis (enfermedad de adultos que en los últimos años se ha observado su no rara presentación en edades muy tempranas) (Ramírez, 1990 pag. 68).

2.-HIPOACUSIA PERCEPTIVA O SENSO-NEURAL: Es la provocada por problemas que se deben a una falla en la transmisión del oído interno con nervio auditivo. Estas pueden clasificarse de acuerdo al lugar en que se encuentra el daño:

a) Congénita:

En el oído medio pueden existir una gran variedad de malformaciones congénitas como la ausencia de tímpano hasta la ausencia total o parcial de la cadena de huesecillos que transmiten los sonidos desde la membrana timpánica hasta las células nerviosas del oído interno. Se ocasiona durante el embarazo, principalmente en los tres primeros meses de la gestación (provocada por rubeola, paperas, sífilis, toxoplasmosis, herpes, rayos x, y por inadecuada medicamentación con: estreptomycin, kanamicina, aspirinas, etc.)

b) Hereditaria:

Son problemas en el oído interno. Cuando se transmiten entre familiares como síndromes o en cuadros de enfermedad infecciosa, en donde existe como consecuencia un problema en el oído. Su frecuencia aumenta con la consanguinidad, se presentan en forma de lesiones cocleares y nerviosas que pueden manifestarse desde el momento del nacimiento o tardíamente en forma de una degeneración progresiva de las fibras nerviosas.

c) Neural:

Ocasionada por una enfermedad en el nervio acústico, debido a tumores en el nervio acústico o cerca de él. Los problemas auditivos obedecen a una raíz o causa orgánica con evidentes repercusiones funcionales. En estos casos aparecen lesiones en el órgano auditivo, por lo cual la función no se ejerce correctamente.

d) Central:

Las lesiones están localizadas a nivel central, en las partes de: octavo par (nervio auditivo), tronco cerebral (en vía auditiva), y corteza cerebral (lóbulo temporal).

En el grupo Neural y Central se encuentran los problemas por lesiones asociadas con problemas del organismo, tales como:

* **Morfodisplasia:** existen alteraciones importantes de la forma de muchos elementos del organismo básicamente de cara y mandíbula.

* **Histodistrofias:** alteraciones en diferentes tejidos orgánicos que determinan problemas en la maduración del niño.

* **Displasias moleculares y enfermedades metabólicas:** éste problema no es visible, las alteraciones que existen afectan el crecimiento y la maduración general del niño, el cual tiene problemas auditivos.

2.2 MEDICION DE LA PERDIDA AUDITIVA

Es frecuente la madre que acude a la consulta diciendo: "Doctor, creo que mi hijo no oye bien". La madre ha realizado inconstantemente la exploración de mayor valor para el diagnóstico de la sordera, que consiste en simplemente en analizar si el niño oye la palabra o diversas intensidades y observar sus repercusiones sobre el desarrollo del lenguaje.

La audiometría clínica es un método que pretende objetivar lo que la madre ha realizado experimentalmente.

Cuando la intensidad de un sonido es 10 veces mayor que la intensidad de otro, se dice que la razón de la intensidad es un bel (B) y la décima parte de un bel es 1 decibel (dB), el cual es la unidad de medición de la intensidad de los sonidos.

Se ha conseguido un aparato que consta de un generador que emite frecuencias de 125, 250, 500, 1000, 2000, 6000 y 8000 ciclos/segundos, que corresponden en octavas a la generalidad de las percibidas por el oído humano, y de un potenciómetro graduado de 5 en 5 dB desde más de 10 hasta menos de 110 dB. Estos sonidos son administrados independientemente a cada oído por medio de unos auriculares.

El niño indica levantando la mano o pulsando un botón incorporado al audiómetro el momento en que comienza a oír cada frecuencia que el explorador ha ido aumentando de intensidad desde 0. Al recorrer las distintas frecuencias en cada uno de los oídos se consigue una gráfica que representa el estado del campo auditivo, representando las intensidades en ordenadas y las frecuencias en abscisas.

Los sonidos administrados a través de los auriculares exploran el total del sistema auditivo del niño, ya que hace intervenir tanto el tímpano como a los huesecillos (oído externo y medio) y al oído interno, donde se encuentra el órgano sensorial que los codifica en impulsos nerviosos que son transportados por las vías nerviosas hasta la corteza (sistema neural). El resultado se denomina exploración por vía aérea.

En este estudio se ha añadido una variable al objeto de explorar estas dos últimas partes (sistema neural y sensorial) independientes del estado del conducto auditivo externo, tímpano y cadena osicular. Al audiómetro se añade una derivación dotada de un vibrador que se aplica detrás de la oreja en íntimo contacto con la piel de la mastoidea. A través de él se suministran las frecuencias antes indicadas si bien, por razones físicas, las de 125 y 8000 c/seg. no son percibidas como sonido. Con este método, el sonido en forma de vibración propagada desde el hueso alcanza el órgano sensorial del oído interno sin necesidad de activar al sistema timpanosicular. El resultado obtenido expresa el estado funcional del aparato sensorial y se denomina vía ósea.

La comparación de ambas gráficas tiene una enorme importancia para la localización de la sordera, importancia que se acrecienta por el diferente tratamiento que precisa cada una de ellas.

Si hay un descenso de la audición por vía aérea pero los sonidos son inmediatamente percibidos por vía ósea indica que existe un trastorno a nivel de la oreja (malformaciones, heridas), del conducto auditivo externo (malformaciones, tapones de cerumen, supuraciones, cuerpos extraños) del tímpano (rupturas y perforaciones frecuentemente) o de la caja del tímpano (supuraciones, moco, rupturas y cicatrices en los huesecillos, malformaciones, tumores o fijación de la platina a la ventana oval), que no alteran para nada el aparato sensorial.

La trascendencia del diagnóstico reside en que estos casos son curables en principio, con tratamientos médicos y/o quirúrgicos, lo que ha de determinar el otorrinolaringólogo.

Sin embargo, cuando ambas gráficas se encuentran descendidas, expresión de una dificultad en la percepción del sonido por el órgano de cortí o de su transmisión hacia el cerebro, se dicen que existe una hipoacusia perceptiva, o sensoneural, según la cual hasta ahora no tiene posibilidad de recuperación con tratamientos médicos, aunque si precisa métodos rehabilitatorios al objeto de conseguir desarrollar el lenguaje.

La combinación de ambas formas se llama hipoacusia mixta.

Uno de los métodos audiométricos de mayor valor práctico es la audiometría verbal o logaudiometría. Consiste en un amplificador que transmite las palabras a intensidades crecientes de 10 a 10 dB. Diversos autores han confeccionado listas de palabras agrupadas de 10 en 10, compensadas silábicamente y carentes de significado de unas hacia otras. Algunas palabras son:

perro	hermano
coche	Ana
niño	papá
mesa	mamá
lunes	agua

Cada uno de los grupos de palabras son dichas al sujeto a través de auriculares a intensidades crecientes. El niño debe repetir lo que oye. La prueba tiene un sentido finalista por cuanto expresa la capacidad de oír y entender las palabras y no los sonidos simplemente como ocurre en la audiometría tonal.

Las dos exploraciones descritas pueden ser empleadas en niños mayores de 5 años siempre que se consiga su confianza y colaboración.

En caso de sospecha de una hipoacusia ocurrida antes o durante el nacimiento se pueden realizar audiometrías aproximadas en la misma maternidad o consultar con el médico, empleando audiómetros portátiles que emiten 2 o 3 frecuencias a intensidades de 70, 80 y 90 dB, que se sitúan a unos 5 cm. del oído explorado; cuando emiten el sonido el recién nacido responde con diversos movimientos que son interpretados por el médico.

En niños de más de 4 meses es posible utilizar juguetes sonoros con pitos, tambores, etc. cuyos sonidos tienen intensidades y frecuencias conocidas.

Cuando se observa una falta de respuesta ante algunas de estas pruebas y existen razones fundadas para sospechar un defecto de audición se puede recurrir a la electrocoeleografía que es una técnica de exploración objetiva consistente en la medición de los potenciales nerviosos emitidos por el nervio auditivo a su salida de la coclea ante el estímulo de un sonido estandar que se ofrece al oído.

Otros métodos objetivos están siendo investigados y pretenden relacionar determinadas funciones del organismo y su respuesta tras el estímulo sonoro.

La audiometría o respuesta cardíaca se basa en los cambios de latido cardíaco generados por el sonido. Este método está basado en estímulos al sistema nervioso simpático y ha sido empleado incluso en fetos, aplicando el sonido a través del vientre de la madre.

La audiometría de respuesta vascular periférica se basa en la vasoconstricción producida en los capilares sanguíneos, a través del sistema autónomo, cuando se proporciona un sonido blanco a 90 dB de intensidad. Como registro se suele utilizar un pletismógrafo que se sitúa en un dedo. Hasta el momento la prueba no ha mostrado una fiabilidad que la haga ampliamente utilizable en la clínica.

La audiometría respiratoria tiene un fundamento similar a los anteriores. Ante el ruido intenso, se observa un cambio en la profundidad y ritmo del niño dormido.

La audiometría de respuesta de succión no nutritiva utiliza un aparato que mide la inhibición de la succión cuando el niño recibe un sonido de 60 a 70 dB. Esta técnica no ha sido utilizada como método de audiometría objetiva.

La audiometría electrodérmica y de respuesta galvánica de la piel se basa en el descenso de resistencia eléctrica de la piel y en la reducción de los potenciales eléctricos entre dos puntos próximos de la piel, cuando se percibe una señal acústica con la suficiente intensidad. Este método puede ser enmascarado por circunstancias diversas, lo que ha sido causa de su abandono en las clínicas.

La audiometría a realizar en niños en edad preescolar se basa en el establecimiento de condicionamientos entre el sonido y diversos tipos de juguetes que atraen su atención.

Los métodos más empleados son:

- Suzuki (reflejo de orientación condicionado), Peep Show, Test de Myklebust (discriminación tonal), Test de garaje (Ramírez, 1990).

A continuación se presenta la clasificación de pérdida auditiva y sus rangos de audición según Berruecos y Flores (1991):

DECIBELES.

NORMAL 20dB.

DEFICIENCIA AUDITIVA SUPERFICIAL 26 A 40 dB.

Estas personas presentan dificultad para oír la voz a nivel bajo, ligeros problemas de lenguaje para sonidos difíciles, requieren excesiva atención al escuchar.

DEFICIENCIA AUDITIVA MEDIA. 41 A 70 dB.

Didificultad para oír la voz de intensidad normal, incluso para oír la voz fuerte, necesita un amplificador de sonido para un adecuado aprendizaje del lenguaje, o pueden llegar a presentar retraso en el aprendizaje escolar, pueden existir problemas psicológicos y sociales.

DEBILIDAD AUDITIVA PROFUNDA 71 A 90 dB.

Presentan dificultad para oír inclusive el grito, pueden tener problemas para comprender la voz amplificada, deficiencia notable en el lenguaje, se recomienda asistir a escuelas de educación especial, hay retraso en el aprendizaje escolar.

ANACUSIA 120 dB.

La ausencia de restos auditivos imprescindibles para captar el lenguaje. Presenta deficiencia notable en el lenguaje, problemas psicológicos y sociales severos, es indispensable la educación especial.

Es decir, en la audición normal hay una percepción de estímulo auditivo a partir de los 20 dB., las personas afectadas por debilidad auditiva se manifiestan con promedios entre los 26 y 90 dB., y son considerados anacúsicos aquellos que si bien alcanzan a captar alguna respuesta, no pueden recibir los sonidos del lenguaje, lo harán con promedios mayores de 90 dB.

2.3 CARACTERISTICAS DEL NIÑO HIPOACUSICO

1.-DIFERENCIAS INDIVIDUALES:

Existen muchos subgrupos dentro del grupo de niños sordos y las diferencias entre ellos son a veces mayores que las encontradas entre los sordos como colectivo y los oyentes. Cuatro son las variables diferenciadoras más significativas y que más influyen en la evolución de los sordos: el nivel de pérdida auditiva, la edad del comienzo de la sordera, su etiología y los factores comunicativos y educativos.

a) Grado de pérdida auditiva: la pérdida auditiva que un niño puede tener se evalúa por la intensidad de la misma en cada uno de los oídos en función de diversas frecuencias.

El grado de intensidad de la pérdida auditiva es posiblemente la dimensión que tiene mayor influencia en el desarrollo de los niños sordos, no solo en las habilidades lingüísticas sino también en las congénitas, sociales y educativas (Berruecos y Flores, 1991).

b) Edad de comienzo de la sordera: cuanto más edad tiene el niño, mayor experiencia con el sonido y con el lenguaje oral posee, lo que facilita su posterior evolución lingüística.

Conrad (1979) clasificó a los sujetos con pérdida auditiva superior a los 85 db. en tres grupos, según la edad en que la perdieron la audición: 1) congénita, 2) del nacimiento a los tres años, 3) después de los tres años. Conrad se preguntó cómo tiene tan escasa influencia la experiencia lingüística de los tres primeros años y señaló que su competencia lingüística es demasiado frágil y no se ha producido una organización de la función neurológica. Por lo contrario, los niños cuya sordera se produce después de los tres años, tienen una dominancia cerebral más consolidada y puede mantener su lenguaje interno.

c) Etiología de la sordera: la etiología de la sordera es también, un factor de variabilidad importante que tiene relación con la edad de la pérdida auditiva, por ello anteriormente ya se describieron las diversas causas que originan la sordera.

d) Factores comunicativos y educativos (en la familia): La actitud de los padres ante la sordera de su hijo va a tener una notable influencia. Las reacciones pueden ser muy distintas: desde aquellos que tratan de negar su existencia y no se adaptan por tanto a las necesidades del niño, hasta los que lo protegen excesivamente. En una posición intermedia y más positiva se situarían los padres que, asumiendo las consecuencias de la sordera, crean un ambiente relajado de comunicación e intercambio, utilizan con su hijo todo tipo de recursos comunicativos y favorecen su autonomía personal.

Un factor diferencial importante es que los padres sean también sordos u oyentes, en el primer caso, los padres aceptan con más facilidad la sordera de su hijo, comprenden mejor su situación y ofrecen al niño un sistema de comunicación, de lenguaje de signos, que va a aprender con gran facilidad y que va permitir estructurar unos intercambios comunicativos más fluidos y satisfactorios. En el caso de los padres oyentes, que son el 90% del total, si bien presentan modelos más completos de la adquisición del lenguaje oral, experimentan mayores dificultades para encontrar un modo de comunicación adecuado y para comprender las experiencias vividas por el niño sordo. Una atención educativa que incluya la estimulación sensorial, las actividades comunicativas y expresivas, el desarrollo simbólico, la participación de los padres, la utilización de los restos auditivos del niño, etc. favorece la supresión de limitaciones que la pérdida auditiva conlleva (Marchesi, 1990).

2-DESARROLLO DEL NIÑO HIPOACUSICO.

A continuación se describe de manera general cómo es el desarrollo del niño hipoacúsico en las áreas de lenguaje, motora, social, emocional y cognitiva.

Berruecos y Flores (1991), plantean que para una identificación más rápida de un niño con deficiencia auditiva es importante compararla con el desarrollo de un niño normoyente. La diferencia, en cuanto la discriminación de estímulos auditivos, así como las verbalizaciones que realiza el niño hipoacúsico dependerán, principalmente del grado de pérdida auditiva.

A)DESARROLLO DEL LENGUAJE.

NIÑO NORMOYENTE

* A los primeros días de nacido reacciona ante ciertos sonidos de manera refleja.

* De 2 a 3 meses. Fija su mirada en los labios de los adultos que hablan y esboza movimientos labiales con o sin emisión de voz.

* A los 4 meses existen ruidos que tiene significación propia para el niño oyente.

* De 4 y 5 meses. Empieza a distinguir la entonación de voz de los adultos: será distinto el llamado del regaño, la mímica que acompaña algunas palabras es una información complementaria que el niño recibe y cataloga en su corteza.

NIÑO HIPOACUSICO

* No reacciona ante el ruido.

* Presenta características similares al del niño normoyente.

* Es indiferente a los ruidos del medio.

* No percibe las entonaciones de la voz de los adultos o las percibe muy débiles solo puede captar la expresividad de los gestos y la acentuación mínima.

* De 5 a 6 meses. Comienza a balbucear y emite numerosos ruidos al azar, oye al adulto y trata de imitarlo, repiten sus vocalizaciones y les añade otros elementos sonoros.

* En ocasiones balbucean de manera similar al oyente, lo hacen de manera sensiblemente menos rica; no comprenden los juegos vocales del adulto y sus sonidos no evolucionan ni concuerdan con los sonidos del idioma materno, tampoco significan nada para él las tonalidades de la voz de los adultos.

* De 10 a 12 meses. Comprende palabras familiares: "mamá", "papá", "leche", "pasear", al igual que órdenes simples: "dame", "ven" y "párate".

* No comprenden palabras familiares ni órdenes sencillas, solo las comprende si están ligadas a la mímica y los gestos.

* Después del año. Amplia considerablemente su comprensión e incrementa su vocabulario, empieza la asociación de dos o tres palabras.

* Tiene una evolución lingüística muy pobre y sin consecuencias comunicativas específicas.

NOTA: Para los niños hipoacúsicos la forma más eficaz de comunicación es la combinación de la lectura de labios y el empleo de un auxiliar auditivo (ver apartado de Prótesis auditiva).

ADQUISICION SIMULTANEA DEL LENGUAJE ORAL Y SIGNADO:

Algunos niños sordos reciben desde muy pequeños, y en su ambiente familiar, una combinación simultánea del lenguaje oral y el signado. Sus padres, normalmente oyentes, han aprendido algunos de los sistemas de comunicación manual ya que han considerado importante utilizar también con sus hijos esta forma de expresión. La mayoría de las veces el lenguaje de signos que emplean es una variedad del lenguaje oral signado; mientras que su vocabulario se toma del lenguaje de signos, la sintaxis y el orden de las palabras sigue al lenguaje oral, lo que permite la expresión simultánea de ambas modalidades. Por ello esta situación comunicativa ha sido denominada "bimodal".

El lenguaje bimodal favorece el desarrollo comunicativo, especialmente cuando se dan al mismo tiempo otros factores. Schlesinger y Meadow (1977) proporcionaron una acertada y sintética definición de las características que debe tener un input óptimo: "el lenguaje de signos es considerado gradualmente favorecedor del desarrollo de los niños sordos cuando es utilizado con afecto positivo, sin conflictos; es acompañado por el habla y estimulación auditiva y es utilizado pronto, antes de que el primer sentimiento de impotencia comunicativa se produzca entre la madre y el hijo (Marchesi, 1990).

El lenguaje implica acción, realización y esfuerzo. El lenguaje desempeña un importante papel en la evolución de la afectividad, la formación de la personalidad y el acceso a la vida social, por una parte, por las informaciones, la comunicación oral y la enseñanza, y por otra, por los estímulos, las inhibiciones, las orientaciones, las transmisiones...

El sujeto utiliza el lenguaje para organizar sus propias conductas, pero también para describir su universo interno (sus sensaciones, sentimientos, etc.)(Colín, 1985).

Bishop (1983), señala que los niños sordos de edades comprendidas entre los 8 y 12 años tienen menos comprensión de lenguaje hablado que los niños oyentes de 4 años. También pueden tener dificultades al interpretar el significado de lo que oyen.

B) DESARROLLO SOCIAL:

Por desarrollo social entendemos la capacidad del niño para formar amistades y para convivir en general con otros niños y adultos; este desarrollo recibe gran influencia de la vida familiar inicial del niño, en la cual aprende a dar, recibir y compartir experiencias en sus relaciones con su madre y más tarde en el trato con otros miembros de su familia y luego, alrededor de los 3 años de edad con personas fuera del círculo familiar. Con el niño sordo éste desarrollo social presenta dificultades, ya que solo puede hacer empleo limitado de lenguaje y de la comprensión del mismo, que son tan importantes en las relaciones sociales. En el caso de que no se le ayude, puede permanecer solitario, aferrado a sus juguetes o a su madre, en lugar de aferrarse a las dificultades y sobreponerlas en la comunicación con niños con audición normal; se puede sentir fuera de lugar y retirarse cuando observa que otros niños hablan y luego actúan en los juegos como resultado del lenguaje. Esto se presenta particularmente cuando son mayores de 5 años y los niños empiezan a jugar más en equipo y cumplen reglas de juego (Bowley y Gardner, 1984).

Un estudio de Gregory (1976) basado en entrevistas con padres que tenían un niño sordo, encontró que el 75% de las 122 familias sentían o pensaban que su mayor problema era la comunicación, así como también que, los niños sordos tienen más disposición a tener berrinches que los niños oyentes (Lewis, 1991).

Asimismo, desde el punto de vista social, la sordera crea un aislamiento. Este aislamiento es por una parte de índole material: se debe a la supresión de algunas comunicaciones que pasan siempre por el canal de un sentido. Los mensajes sonoros no se reciben, o se reciben muy poco, en el niño sordo con quien los intercambios se realizan mal por la forma de percepción. También interviene otra forma de aislamiento ligada a la segregación que conlleva el hecho de ser "diferente" y de construir una minoría (Colín, 1985).

Uno de los datos importantes sobre la socialización de las personas sordas es que tienden a asociarse entre ellas, forman clubs (comunidades de sordos) con actividades variadas de formación y de ocio, y se encuentran normalmente satisfechas de tener un grupo de sordos con el cual poder comunicarse por medio del lenguaje de signos.

Uno de los factores más importantes para impulsar a las personas sordas a asociarse con un grupo de sordos es la necesidad de comunicación en el lenguaje de signos. También pueden formar parte de la comunidad de sordos personas con buen lenguaje oral, como deficientes auditivos post-locutivos, o personas oyentes cuyos padres son sordos.

Las asociaciones o clubs de sordos son auténticos centros de convivencia, de comunicación y de realización de actividades para sus miembros. Gracias a ellas las personas sordas tienen a su alcance un medio para superar su posible aislamiento y para llenar sus ratos de ocio.

La participación en las asociaciones de sordos dependen en gran medida del nivel de pérdida auditiva, la cual se asocia con la necesidad de utilización del lenguaje de signos.

Los sordos profundos son los que más regularmente participan en sus asociaciones, aunque también es un dato relevante la incorporación a las asociaciones de sordos de un cierto número de alumnos sordos que han sido escolarizados en unidades especiales en los colegios de oyentes.

Los sordos sienten mayor insatisfacción cuando no cuentan con asociaciones de sordos y valoran más positivamente su vida social.

Los sordos profundos tienen una valoración significativamente superior que los menos severos acerca de sus posibilidades de relación social, considerándolas más ventajosas que las que puedan tener los oyentes (Marchesi, 1990).

Ahora pasaremos a describir la interacción que tienen los niños sordos con los adultos y con sus iguales.

1.-Interacción con los adultos.

La actitud de los padres hacia la sordera de su hijo y la forma en la que elaboran esta situación es un factor importante que va a tener una amplia influencia en las relaciones que se establecen entre ambos (Marchesi, 1990).

La sordera en el niño afecta a la manera en que los padres hablan al niño, una de las consecuencias más obvias es que los padres hablan menos a sus hijos sordos que los padres de los niños normooyentes, Gregory (1976) encontró que cuando el niño era sordo la cantidad de interacciones entre el niño y el cuidador disminuyó después de que el niño cumpliera los dos años; mientras que la cantidad de interacción aumenta si el niño puede oír (Lewis, 1991).

Valmaseda y Clemente (1985) (citados en Marchesi, 1990) señalan que la conducta de los padres en la comunicación con su hijo sordo son menos igualitarias y espontáneas y más reguladoras y controladoras que las que se mantienen con los niños oyentes.

2.-Interacción entre iguales.

Las relaciones que el niño sordo establece con sus compañeros dependen tanto de su nivel lingüístico como de los códigos que pueden ser empleados en la comunicación. La mayor parte de los estudios indican las relaciones que los niños sordos establecen son poco estructuradas y flexibles, manifestando más dificultades cuando están basadas en la interacción verbal y existe una constante atención mutua. El niño sordo no tiene suficientes habilidades sociales para iniciar habitualmente las interacciones, para controlar el desarrollo de las mismas y para satisfacer las demandas de sus interlocutores.

No obstante, cuando el niño es competente en algún tipo de lenguaje (oral o signado) y cuando sus compañeros también lo utilizan (otros niños sordos), la relación que se establece y la frecuencia de las mismas es semejante a la que se produce entre dos niños oyentes (Marchesi, 1990).

C) DESARROLLO EMOCIONAL.

Un defecto sensorial de cualquier tipo repercute sobre el equilibrio emocional que caracteriza a la personalidad madura, pero no de una forma rígida y sistemática sino variable según cada persona. Así mismo la manera de implantarse la discapacidad dará lugar o resultados diferentes en cada persona (Ramírez, 1990).

“Todos los niños necesitan cariño y seguridad y éstas necesidades no se satisfacen con facilidad en el caso del niño sordo; la independencia surge con lentitud y de manera natural en los niños, siempre que se sientan básicamente seguros y se les proporcione las oportunidades para manejar objetos sin la presencia continua de su madre. El manejar cosas solo y explorar el mundo que le rodea, tiene algunas dificultades adicionales para el niño sordo; cuando intentan por primera vez manejar objetos solos, no fácilmente es posible disminuir su sentimiento de fracaso y probable rabietta por medio de palabras de aliento o por sugerencias habladas para que haga alguna otra cosa que no sea tan difícil” (Bowley y Gardner, 1984; pag.175).

Los numerosos fracasos y rabietas le provocarían al niño retroceso en su independencia y que se aferrara en exceso a su madre o bien, que se volviese ansioso o retraído.

Los padres que son "demandantes en exceso" en relación con su hijo discapacitado son menos frecuentes que los que se encuentran en el otro extremo, los "sobreprotectores"; con esto queremos referirnos a la madre que hace todo para su hijo, que lo "sobreprroteje" de cualquier demanda o dificultad, de tal manera que limita el aprendizaje del niño para que se las arregle por sí mismo.

La protección se vuelve sobreprotección cuando se lleva a extremos y cuando cada dificultad y necesidad es prevista por los padres y satisfecha rápidamente por ellos, sin ninguna demanda al niño, o si acaso con alguna mínima. Pronto se establece un círculo vicioso en el cual el niño confía en exceso en sus padres y carece de confianza en su propia habilidad, para resolver situaciones y marcha por la vida esperando indulgencia excesiva semejante de las otras personas.

El desarrollo emocional exitoso se fundamenta en un equilibrio entre la atención muy escasa y presión excesiva por un lado y la atención excesiva y muy permisiva por el otro; se trata de crear una actitud de aceptación realista del niño, de sus ventajas así como de sus impedimentos, de una apreciación genuina de sus necesidades y de un deseo abrumador para estimularlo a fin de que logre la mayor independencia posible en el contexto de su discapacidad.

El adulto sordo es pesimista, manifiesta desconfianza y se deprime con facilidad, por otro lado el niño tiende a expresar sus emociones de forma impulsiva (Bowley y Gardner, 1984).

D) DESARROLLO COGNITIVO.

Conocer el desarrollo de la inteligencia del niño hipoacúsico es importante para fundamentar el planteamiento educativo adecuado. Es importante develar los códigos de memoria que utiliza, determinar la influencia de privación auditiva y las limitaciones lingüísticas en el desarrollo; estudiar las relaciones entre el desarrollo y el lenguaje con un grupo de personas con graves dificultades para el acceso al lenguaje oral y con más posibilidades para interiorizar un lenguaje lingüístico signado.

La inteligencia no solo implica la capacidad para resolver problemas sino también consiste en saber cómo se hacen las cosas, en tener nuevos conocimientos, experiencias y habilidades, así como enfrentarse a situaciones nuevas. La hipoacusia dificulta la adquisición de estos conocimientos ya que su acceso a él es limitado, lo que hace más fácil realizar ciertas tareas que necesitan algunos conocimientos y la expresión por medio del lenguaje (Berruecos y Flores, 1991).

Muchos estudios psicológicos (Murphy, 1957) han demostrado que en promedio, los niños hipoacúsicos tienen el mismo cociente intelectual que los niños ordinarios, según las pruebas que no requieren instrucciones habladas o lenguaje. Esto no significa que todos los niños hipoacúsicos tienen inteligencia promedio, existen algunos muy torpes (aproximadamente el 15%) y en un pequeño porcentaje de muy retardados, que por lo general tienen otros impedimentos como parálisis cerebral o ceguera que se adicionan a la sordera, a los cuales se les conoce como niños con minusvalías múltiples. Existen algunos niños hipoacúsicos muy brillantes, alrededor del 15% y un pequeño porcentaje de especialmente dotados, que han demostrado su talento al escribir libros y lograr grados académicos elevados. La distribución de los niveles de inteligencia en pruebas que no requieran lenguaje es casi la misma entre las personas con hipoacusia y las que tienen audición normal; sus posibilidades básicas de inteligencia se encuentran intactas, pero por supuesto la pérdida auditiva profunda reduce la amplitud de desarrollo de la inteligencia básica y su expresión por medio del lenguaje.

Los padres pueden ayudar al desarrollo intelectual del niño hipoacúsico al proporcionarle abundante material de juego constructivo, como cubos de madera y materiales para construcción, estuches para hacer figuras, plastilina, barro, pinturas, hojas grandes de papel y una caja de arena, los cuales se pueden usar de manera creativa y constructiva para ayudar a las ideas del niño sobre forma y color, distancia, posición y movimiento de objetos en el espacio, sin que por necesidad implique lenguaje (Bowley y Gardner, 1984).

Piaget (1967) argumentó que para el desarrollo de la inteligencia es preciso que el niño actúe sobre el ambiente y se de cuenta de las consecuencias de sus acciones. De esta manera, el niño construye una comprensión del ambiente que se reflejará en su inteligencia. El lenguaje del niño depende, según Piaget, de la estructura de su inteligencia. Así pues, como el conocimiento o la cognición se desarrolla, el lenguaje del niño se desarrolla para reflejar cambios en su comprensión del ambiente. Desde este punto de vista, el lenguaje refleja el pensamiento aunque Piaget también admitió que la adquisición del lenguaje hace posible separar el pensamiento de la acción.

Cuando los niños sordos empiezan a comunicarse parece que no tienen una comprensión deteriorada de las personas, objetos o relaciones que pueden existir entre las personas y los objetos. Parece que saben mucho sobre objetos, e incluso si no poseen una misma forma de signos, confían en sus gestos (Feldman y otros, 1978). Parece que se ocupan de juegos fingidos en maneras similares que los niños oyentes (Gregory, 1976), lo cual no sería posible si su desarrollo cognitivo temprano hubiera sido impedido por no ser capaz de oír.

Los niños sordos parecen saber casi tanto de objetos como las personas oyentes de su misma edad; aunque su comprensión pueda ser cualitativamente diferente. Esto sugiere que el sonido no es esencial, ni es la capacidad para oír un requisito para este tipo de desarrollos.

Furth (1966), encontró que los niños sordos de edades comprendidas entre los 7 y 12 años fueron tan competentes como los niños oyentes de una edad similar en tareas que requerían juicios sobre la identidad y la similitud, pero los niños sordos no fueron tan competentes en elegir lo contrario.

La actitud de Furth (1973) siguiendo la teoría de Piaget, es que cualquier retraso en el desarrollo de las capacidades cognitivas de un niño sordo no se deben a la falta de inteligencia o habilidad lingüística, sino más bien a una falta de experiencia o entrenamiento (Lewis, 1991).

Por otra parte, Piaget afirma que a partir de 11-12 años el niño es capaz de razonar no solamente sobre lo concreto, sino sobre lo posible o hipotético. La primera característica del pensamiento formal es poner en funcionamiento una lógica sobre proposiciones que son susceptibles de expresarse en forma verbal. Esta lógica de las proposiciones se opone a la lógica de las clases y de las relaciones que intervienen a nivel concreto y que atañen directamente a los objetos. Está estrechamente vinculada al lenguaje. En las tareas operatorias, que aportan unos componente perceptivos a los cuales se pueden obtener la solución, los sordos logran éxitos iguales que los oyentes. En las que implican que estos componentes se extralimitan, los sordos revelan peores resultados (por ejemplo, las conservaciones) (Colín, 1985).

Las operaciones mentales básicas como la cognición, la memoria, el pensamiento convergente, el pensamiento divergente y la evaluación también se ven afectados por la limitación del lenguaje, con repercusiones en la educación y en el aprendizaje, así como en el desarrollo y equilibrio emocional (Berruecos y Flores, 1991).

La memoria es un amplio proceso en el que están implicadas muchas facetas de la actividad inteligente de las personas. La eficacia con que organizamos, controlamos, almacenamos y recuperamos la compleja información de nuestro entorno es causa y a la vez efecto de nuestro progreso intelectual y de nuestra propia capacidad para organizar nuevas informaciones que nos lleguen del exterior. En el caso de los niños hipoacúsicos la capacidad para organizar en la memoria conceptos abstractos es similar a la de los niños oyentes, siempre y cuando la familiaridad con los materiales sea también en unos y en otros. Tanto en niños hipoacúsicos como en oyentes, los procesos de organización y control de memoria comienzan a una edad similar (Marchesi, 1987).

Es evidente que influyen diversos factores en el proceso de memoria al retener información; unos se retienen más fácilmente que otros, ello no se debe a su propia naturaleza, sino la relación con el individuo mismo. Por ejemplo, la familiaridad: es sabido que un material familiar es más fuertemente retenido como lo mencionamos anteriormente. Otro ejemplo, la significación: un material significativo es fácilmente retenido (palabras y después frases; en relación con unas sílabas sin significado); éste elemento no es independiente de la familiaridad (Colín, 1985).

La hipoacusia implica conductas concretas. Los sujetos normales o ciegos pueden desarrollar conductas más abstractas que el hipoacúsico, ya que la abstracción solo es posible mediante el lenguaje. De todas maneras, las dificultades de abstracción del hipoacúsico deberán considerarse como secundarias a su limitación lingüística, pero nunca como secundarias a una limitación intelectual (Berruecos y Flores, 1991).

2.4 PROTESIS AUDITIVAS

Cuando un niño presenta una pérdida de audición por lesión de las estructuras sensoriales o nerviosas (perceptiva, o mejor, sensorioneural) y se han agotado las posibilidades terapéuticas o es conveniente postergar una intervención quirúrgica en una hipoacusia transmisiva, se puede conseguir hacer perceptible, por aumento del volumen, las palabras, música y ruidos ambientales utilizando una prótesis.

Una prótesis no es más que un amplificador de sonido más o menos sofisticado, cuya misión es la de aumentarlo hasta el nivel útil para el oído enfermo. La prótesis es un excelente medio electromecánico que rinde inapreciable ayuda a la persona con trastornos de la audición (Ramírez, 1990).

¿Cómo es una prótesis?

La prótesis auditiva o audífono se compone de un micrófono que capta la onda sonora del exterior y lo transforma en un análogo eléctrico mediante la vibración de un diafragma, cualquiera que sea su ángulo de vibración, de pequeño volumen, un dispositivo de amplificación transistorizado, que utiliza una débil fuente de tensión, lo que alarga la vida de las pilas y evita riesgos de accidentes eléctricos. Al amplificador se añaden una serie de controles para mejorar su funcionamiento, tales como: a) interruptor, b) control de tonalidad y c) control automático de volumen que se consigue al reintroducir en el circuito con efecto negativo. Para la transformación de la energía eléctrica en sonora se añade un sistema de salida colocado en un adaptador que se sitúa en la entrada del conducto auditivo externo.

El conjunto de estas piezas es situado en las distintas partes del aparato. Sus formas más conocidas son la retroauricular en que el micrófono y el amplificador se sitúan en un dispositivo que se coloca sobre el pabellón de la oreja que lo disimula entre el pelo, y la forma convencional en que estos aparatos tienen una localización pectoral y están unidos al adaptador auricular por un cordón. La transistorización de los elementos eléctricos ha permitido disminuir su tamaño y localizarlos en la patilla de unas gafas. La elección de su situación no se realiza por razones exclusivamente estéticas, ya que está en función de la intensidad del sonido a amplificar y de las condiciones de la persona que la utiliza.

Cuando se busca una gran cantidad de sonido amplificado es necesario aumentar la distancia entre el micrófono y la pieza auricular, que, por otra parte, debe adaptarse perfectamente a las depresiones y relieves de la parte superficial del oído externo. De otra forma, el sonido que se ofrece al oído escapa por los desajustes o por su gran intensidad, y es recogido a su vez por el micro excesivamente próximo, con lo que se produce un reciclaje conocido con el nombre de "efecto Larsen" que da lugar a una amplificación del sonido ya ampliado en círculo vicioso, que se hace insoportable para el oído. Esta es una de las razones que motivan la utilización de prótesis convencionales sobre la estética de las retroauriculares.

Características electroacústicas.

Lo que consigue una prótesis no es más que el resultado de restar el gasto energía sonora entrante del rendimiento final del sistema.

El total de ganancia que proporciona una prótesis es la diferencia en decibeles entre las intensidades acústicas del gasto y el rendimiento, o energía que suministra el oído.

Cada prótesis es especialmente sensible para algunas de ellas en función de las características eléctricas y mecánicas bajo la que fue construida.

La respuesta de frecuencias se obtiene midiendo la ganancia de varias frecuencias entre las que la prótesis es capaz de amplificar. El término promedio de ganancias expresa la ganancia variable en función de las frecuencias.

El nivel de presión de saturación del sonido es la máxima intensidad que no puede ser sobrepasada.

¿Qué niños son candidatos al uso de una prótesis?

Se considera candidato a llevar a una amplificación sonora a un niño con pérdida auditiva neurosensorial demostrada mediante audiometría. Pero, algunos autores como Schwartz y Konkle indican que, en muchas ocasiones, es difícil cuantificar el tipo y grado de pérdida auditiva que padece el niño, sobre todo cuando éste es muy pequeño. Por lo que consideran que "la amplificación será considerada para cualquier niño con pérdida auditiva que pueda afectar el desarrollo del habla normal y el lenguaje, tanto si la afectación auditiva es conductiva, mixta o sensorineural".

No existe un tiempo suficiente para que el niño se adapte al uso de la prótesis.

Diversos estudios publicados en la década de los setenta han demostrado que la ganancia de la prótesis ha de ser, aproximadamente, del 50 por 100 del umbral de sensibilidad. Así, un niño con una pérdida de 60 dB. se equipará con una prótesis cuya ganancia práctica sea de 30 dB.

La ganancia de audición real se obtiene mediante compensaciones de las amplificaciones en diversas frecuencias sobre el umbral auditivo de los componentes de la voz, lo que consigue una amplificación efectiva y confortable para el oído.

Uno de los parámetros más críticos en la correcta aplicación de prótesis auditivas es el nivel de presión de saturación del sonido. Dicho nivel, es la mayor presión sonora que puede amplificar cada aparato aunque siga aumentando el sonido exterior. Los errores en su aplicación proceden de la creencia en que existe una relación lineal entre el nivel de presión de saturación del sonido y la ganancia acústica, por una parte, y por otra, en que el umbral de molestias de un oído hipoacúsico se encuentra a 130 dB. de presión del sonido.

Las experiencias más recientes indican que el nivel de discomfort del sonido se encuentra entre 90 y 110 dB., tanto para oídos normales como para aquellos que padecen una hipoacusia sensorineural, en lugar de los 130 dB. que se aceptaban desde 1947.

Estrategia en la aplicación de la prótesis.

Estaríamos condenados al fracaso si pensáramos que la adaptación de una prótesis a un niño es un hecho aislado que se resuelve en una sola visita al gabinete protesista. En muchos casos será necesario realizar varios intentos antes de conseguir un resultado óptimo.

Si se intenta adaptar un audífono durante el período prelingual, no vamos a contar con la valiosa ayuda de la palabra al objeto de elegir sus características, por lo que nos veremos obligados a recurrir a pruebas que no precisen de la respuesta verbal.

Otra técnica de gran validez es el método del reflejo acústico que puede ser usado en niños menores de 5 meses, siempre y cuando no presenten patologías del oído medio que pudieran alterar o negativizar los resultados (Ramírez, 1990).

CAPITULO 3 SISTEMA FAMILIAR

3.1 FUNDAMENTOS DE LA TEORIA DE LOS SISTEMAS

El concepto actual de Teoría General de Sistemas fue formulado por primera vez por Von Bertalanffy en 1945, diciendo que "la comprensión de un todo organizado exige el conocimiento tanto de sus partes como de las relaciones existentes entre ellas".

Posteriormente, en los años 50, como producto de la colaboración entre el antropólogo inglés Gregory Bateson con diversos investigadores del Mental Research Institute de Palo Alto (California), comienza a perfilarse la base conceptual de este modelo sistémico que es, a su vez, un modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana centrado no en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación sino en el estudio de la interacción tal como se da de hecho entre los seres humanos (Martínez, 1991).

Para la teoría de los sistemas, un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí de forma dinámica y que están organizados con una finalidad. Los sistemas se consideran como totalidades (el todo es más que la suma de sus partes); por ello, sólo podemos comprender a sus integrantes y las funciones que cada uno realiza en referencia al sistema total del que forman parte (Martínez, 1991).

Por otro lado, Umbarger (1983), define al sistema como un conjunto de elementos interrelacionados con capacidad de ejecución, en particular en su adaptación al ambiente. Todo sistema se compone de subsistemas o subunidades, que son tanto tributarios como arquitectónicos de las reglas y rutinas que constituyen al todo organizado. Estos subsistemas mantienen entre sí una relación dinámica, y están organizados en torno de la ejecución de funciones que son cruciales para la supervivencia del sistema total. Así mismo, los sistemas forman parte de un suprasistema.

Un sistema abierto, es aquel que intercambia continuamente información y la necesitan obtener de los efectos que tienen sus acciones sobre el contexto más amplio que los contiene, denominándose esta información retroalimentación o feed-back, la cual sirve para mantenerse (Martínez, 1991).

Los sistemas orgánicos son abiertos, entendiéndose por ello que intercambian materiales, energías o información con su medio. Un sistema es cerrado, si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas (Watzlawick, 1984).

A continuación se citan las principales propiedades de los sistemas abiertos según Díaz (1994).

3.2. PRINCIPALES PROPIEDADES DE LOS SISTEMAS ABIERTOS

Organización o Totalidad: Es sinónimo de sistema, es la interrelación entre las partes que lo componen. Todos los elementos del sistema interactúan de tal forma que ninguno de ellos se considera independiente, sólo estudiando al sistema en su totalidad se pueden reconocer las interacciones entre sus elementos. Este modelo es descriptivo, no causal ni explicativo, dado que todos los elementos se afectan entre sí.

Control: En el sistema se implementa un conjunto de reglas de relación entre sus miembros, que hacen claras las funciones a desempeñar, ya que a mayor claridad de reglas, más fácilmente se desarrollarán las funciones y se cumple con el objetivo del sistema. La clave para el cambio está determinada por la capacidad de adaptabilidad controlada que dá por resultado una estructuración más compleja. Los extremos de control, son dañinos para el sistema, una falta de control lleva al caos; un exceso de control limita las interacciones entre los elementos, restringe el intercambio con el exterior, lo que impide el desarrollo del sistema.

Homeostásis y Cambio: Sugieren la capacidad del sistema de responder ante una perturbación del medio ambiente. El sistema se mantiene en equilibrio dinámico, pues ante estímulos externos sufre ligeras modificaciones y vuelve a su posición original. La homeostásis preserva el sistema y el cambio, permite la adaptación a los nuevos requerimientos.

Energía: La energía es necesaria para la interacción de los elementos dentro del sistema y de éste con el medio exterior. La energía que se aprovecha para formar una estructura más compleja es la negantropía y la que se pierde es la entropía.

Límites: Es aquello que lo define y hace diferente al sistema con respecto del medio ambiente. Hay tres tipos: a) Rígidos: No permite el intercambio de energía con otros sistemas, permite mucha relación dentro del sistema y poca hacia afuera, hay gran homeostásis y poco cambio. b) Claros: El intercambio de información es suficiente hacia adentro y hacia afuera del sistema, permite el equilibrio entre la homeostásis y el cambio. c) Difusos: El intercambio de información con el medio ambiente es abundante y constante. Hay poca relación entre los miembros del sistema, hay mucho cambio y poca estabilidad.

Subsistemas: Todos los sistemas están divididos a su vez en subsistemas, formados por los elementos que participan en una misma función. Un solo elemento puede desempeñar una función dentro del sistema.

Jerarquía: No todos los subsistemas tienen la misma importancia para el cumplimiento de las metas del sistema. El trabajo de algunos de ellos es primordial, mientras que el de otros es menos necesario o puede ser sustituido, se identifican jerarquías de mayor a menor nivel según la relevancia de la función desempeñada.

Equifinalidad: Significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Von Bertalanffy menciona que el sistema abierto puede alcanzar un estado independiente del tiempo y también de las condiciones iniciales y determinado tan sólo por los parámetros del sistema.

No sólo las condiciones distintas pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas".
Retroalimentación: Es el intercambio de energía del sistema con el medio ambiente, permite que amplíe su margen de funcionamiento y que cambie.

3.3 TEORIA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES

Ecología del desarrollo humano de U. Bronfenbrenner

Bronfenbrenner critica la tendencia mayoritariamente adaptada por la investigación psicológica del desarrollo humano: a estudiar al sujeto fuera de sus contextos, reconociendo a la suma que la conducta del sujeto como se manifiesta (usualmente en el laboratorio) tiene unas características diferenciales que hacen pensar en influencias ambientales definidas a menudo como variables distales (clase social, grupo étnico), sin que aparezca en ningún momento un intento serio de efectuar un análisis más fino de la interrelación sujeto-ambiente.

Bronfenbrenner menciona que "la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos... en los que vive la persona en desarrollo, en la medida en que este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen en estos entornos y por los contextos más amplios en que están incluidos los entornos" (Bronfenbrenner, 1979 ; pag 40-41; citado en Alvarez y del Rio, 1991).

Bronfenbrenner propone la conceptualización del entorno en estructuras concéntricas a las que llamará micro, meso, exo y macrosistemas, y que afectan al desarrollo del sujeto de forma diferente. Así la familia, el barrio o la escuela son microsistemas, esto es, entornos en los que el niño está inmerso y le son directamente accesibles y que conforman un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales. A su vez, estos microcontextos afectarán al niño en la medida en que ellos mismos se relacionan y se ven afectados por otros entornos (mesosistema). El exosistema se define como aquellos entornos en los que no participa directamente el niño, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el microsistema, como el lugar de trabajo de los padres. Por último, el macrosistema se refiere a las correspondencias entre los sistemas anteriores en el plano de la subcultura o cultura en su totalidad en que los entornos están situados.

La actividad a la que se refiere Bronfenbrenner es una actividad molar, "una conducta progresiva que posee un momento (momentum) propio y tiene un significado o intención para los que participan en el entorno", frente a las conductas moleculares que no tienen impacto en el desarrollo.

A su vez, la actividad molar que afecta al desarrollo surge en el seno de una comunidad mínima de personas a través de las relaciones interpersonales que se formalizan en diadas, triadas, etc. Esas relaciones o estructuras interpersonales se ponen en juego a través de roles, "conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una situación determinada en la sociedad, y las que se esperan de los demás en relación con aquella". Una transición ecológica se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez (Alvarez y Del Río, 1991).

3.4 LA FAMILIA COMO SISTEMA

Para conocer el contexto familiar es necesario estudiar más que las diadas de forma aislada, sino desde la perspectiva ecológica descrita anteriormente, debe estudiarse como sistema, porque en las interacciones diádicas familiares están representados siempre todos los miembros de la familia, además las relaciones familiares están influidas por factores externos.

La familia es considerada como un sistema porque dentro de ella el ser humano alcanza objetivos de crecimiento y socialización fundamentales para su desarrollo posterior.

Para Andolfi (1989), la familia es un sistema abierto, que intercambia materiales, energía o información con su medio ambiente. Desde esta perspectiva, por tanto, la familia está constituida por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción y en comunicación con el exterior. Bajo las características de los sistemas, la familia está en constante transformación y se adapta a las exigencias. Su proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación.

Para el enfoque sistémico la familia es un sistema psicosocial, está inmersa o forma parte de cada sociedad y por tanto, está sujeta a cambios paralelos a la misma (Martínez, 1991).

Jackson (1957) introdujo el concepto de homeostásis familiar, observando que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión, episodios psicósomáticos, etc.) cuando el paciente mejoraba, Jackson postuló que estas conductas y quizá, por lo tanto la enfermedad del paciente, eran "mecanismos homeostáticos" que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio (Watzlawick, 1984).

Dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella, los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente ejercen algún efecto sobre los miembros, en términos de su propia salud psicológica, social o física. Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es el interno (la protección psico-social de sus miembros), y el otro es externo (la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura).

La familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El laboratorio en el que estos ingredientes se mezclan y se proveen, es la familia, la matriz de la identidad.

El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida.

El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares.

El sentido de identidad de cada individuo es influido por su sentido de pertenencia a diferentes grupos (Minuchin, 1989).

Por otro lado, la familia puede ser considerada como un sistema dinámico, sometido a un proceso de establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo sobre ellas, (Brenes, 1970). Las reglas son acuerdos de relación que prescriben y limitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de esferas de contenido, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable. Jackson (1968), manifiesta que la familia es un sistema regido por reglas en la que sus miembros se comportan entre ellos de manera repetitiva y organizada (Martínez, 1991).

Ríos González (1984) (citado en Martínez, 1991) plantea en sus trabajos la existencia de diversos modelos de reglas describiendo entre ellas las siguientes:

- * **Reglas reconocidas:** son de naturaleza explícita, es decir, la familia o pareja ha trabajado minimamente sobre ello para llegar a acordarlas, elaborarlas y establecerlas.
- * **Reglas implícitas:** son reglas no verbalizadas en la familia, pero si preguntamos a cada uno de los miembros por separado parecería que hubiese habido un acuerdo previo para establecerlas.
- * **Reglas secretas:** son reglas que se van generando en aquellos episodios más anecdóticos de la vida familiar. Según el autor, son modos de obrar con los que una parte del sistema bloquea las acciones de la otra.
- * **Metarreglas:** sirven para construir verdaderas reglas familiares y están constituidas por los principios, valores o creencias más significativas del grupo familiar.

Las familias están sujetas también a presiones tanto intrasistémicas como intersistémicas.

El stress intrasistémico tiene su origen en los momentos transicionales de la vida de la familia, dado que la evolución natural requiere de la renegociación de nuevas reglas familiares.

La presión intersistémica que enfrenta una familia es muy variada; desde que un solo miembro esté sujeto a stress, por problemas en el trabajo o en la escuela por ejemplo, hasta que toda la familia como unidad reciba la presión directamente, como en el caso de una mudanza, cambio de valores de la comunidad, ataques raciales, crisis económica, etc.

Para finalizar mencionaremos tres características importantes de la familia:

- 1.-La familia como sistema sociocultural abierto siempre está en proceso de transformación.
- 2.-La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro
- 3.-La familia muestra un desarrollo, desplazándose a través de un número de etapas que exige una reestructuración (Ciclo vital de la familia que se describe más adelante).

3.5 SUBSISTEMAS DEL SISTEMA FAMILIAR

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas (Minuchin, 1989).

Los subsistemas de la familia se dividen en dos niveles:

- * El nivel de funcionalidad de las interacciones
- * El nivel estructural

En cuanto a la funcionalidad de sus interacciones, encontramos dos subsistemas de acción conjunta:

- 1.-Subsistema genérico: Implica reglas universales, que rigen la organización familiar.
- 2.- Subsistema idiosincrático: Implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de cada sistema cuyo origen es el resultado de años de negociación, implícitos o explícitos, sobre acontecimientos diarios. Por tanto, es específico de cada sistema, y suele ir unido a estilos de vida.

En cuanto al nivel estructural éste estará relacionado con el lugar que se ocupa dentro del grupo familiar y en él podemos distinguir los siguientes subsistemas:

1.-Subsistema Individual

Incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos de cada individuo, pero va más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. El individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de los otros. Tanto el individuo como el contexto tienen capacidad de flexibilidad y cambio. El individuo incluye además aspectos que no están en su condición de familia. La interacción constante dentro de diferentes subsistemas, en tiempos distintos requiere la actualización de los respectivos segmentos del sí mismo.

2.-Subsistema Conyugal

Se constituye cuando dos adultos manifiestan la intención de formar una familia, exige complementariedad y acomodación mutua. La pertenencia al mismo facilita el contacto con otros subsistemas sociales y puede facilitar el aprendizaje y crecimiento de los individuos que lo componen. En el mismo, ambos ceden parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema debe crear límites que lo protejan de la interferencia que pueden producir las demandas y necesidades de otros subsistemas.

3.-Subsistema Parental

Aparece con el nacimiento del primer hijo y supone un nuevo nivel de formación familiar. Este subsistema debe ir adaptándose sucesivamente a los nuevos factores extrafamiliares que actúan en el marco de la socialización del hijo. Las relaciones de paternidad y sus exigencias son cambiantes, la relación supone, por tanto, un continuo y difícil proceso de acomodación mutua. En este subsistema aparece claramente el hecho de que la familia no es una sociedad de iguales. Un funcionamiento eficaz exige, tanto de los padres como de los hijos, la aceptación del uso de diferencia de autoridad siendo el mismo un ingrediente necesario de este subsistema. A su vez, desde el subsistema parental se obliga a los hijos, ya que se encuentran situados en posiciones de negociación con poder desigual, al aprendizaje de las reglas familiares y de las reglas sociales mediante su participación en otros subsistemas del sistema social general, como podría ser el sistema escolar.

4.-Subsistema Fraterno

Está configurado por el conjunto de hijos-hermanos, es uno de los primeros laboratorios sociales, en el que los niños experimentan relaciones con iguales. Cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de iguales, fuera de su familia de origen, intentan actuar de acuerdo con las pautas del mundo fraterno. Las diferencias que encontramos entre hijos únicos y los que no son, cuando se escolarizan por primera vez, puede tener aquí su explicación. En este subsistema aprenden a cooperar, competir, compartir, colaborar, etc. Para mayor eficacia del mismo, debe ser respetado por los padres, o lo que es igual, debe permitírsele estar separado del mundo adulto (Martínez, 1991).

Un concepto que aporta la teoría sistémica es la importancia de los límites entre los subsistemas entre sí dentro de la familia, y entre la familia como sistema y su medio ambiente (Núñez, 1991).

Los límites de cada subsistema los constituyen el conjunto de reglas, implícitas o explícitas que las determinan quiénes forman parte de cada subsistema.

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Minuchin (1989) define un continuo de nivel de clarificación en los límites que va, desde límites difusos a límites inadecuadamente rígidos pasando por el espectro normal de límites claros. Es en los dos extremos donde podemos encontrar problemas. En el polo de los límites difusos encontramos a algunas familias que se encierran en sí mismas excesivamente, incrementando la comunicación y preocupación entre sus miembros, de tal forma que la distancia entre ellos disminuye tanto que los límites se tornan difusos en palabras de Minuchin "se esfuman"; a estas familias se les denomina familias aglutinadas. En el otro polo encontramos aquellas familias cuyos límites son tan rígidos que se impide la comunicación en los diferentes subsistemas y se les denomina familias desligadas.

3.6 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El proceso de formación de una familia se caracteriza por ser de mutua acomodación entre sus miembros y continuando en el tiempo. En él se van desarrollando un conjunto de transacciones afectivas y comunicativas, que forman parte del conjunto de necesidades de los seres humanos y, por tanto, regularán y configurarán los distintos momentos del ciclo vital familiar.

Estrada (1994), encontró una gran utilidad para un mejor manejo delimitar fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia:

- a) El desprendimiento
- b) El encuentro
- c) Los hijos
- d) La adolescencia
- e) El reencuentro
- f) La vejez

Dentro de cada una de estas fases, existen interesantes interacciones entre los miembros de la familia, que para fines prácticos los divide en 4 áreas:

1.-Area de Identidad: El sentimiento de ser uno mismo durante toda la vida, requiere de una alimentación continua que rectifique a cada paso la edad y circunstancias apropiadas. (Por ejemplo, el proveer a un compañero de un anclaje capaz de sustituir al anterior de los padres, facilita la resolución saludable con los hijos).

2.-Area de Sexualidad: Es importante una armonía que busque completar las áreas psíquicas e ideológicas, además deberá promover la maduración del self a través de la reproducción y brindar un apoyo cuando aparezcan los conflictos.

3.- Area de Economía: La pareja debe ser lo suficientemente capaz de adaptarse a los cambios sociales, así como a los de la propia familia. Debe existir la posibilidad de dividir las labores entre el proveedor y el que cuida del hogar.

4.-Area del fortalecimiento del yo: Es la ayuda mutua para aprender el papel del esposo o esposa, libertad para expresar la propia personalidad y mantener así el sentimiento de igualdad. En esta área, la pareja debe aprender el papel de padre y madre así como la manera de protegerse mutuamente para no usar a los hijos con fines de satisfacer las propias necesidades o de llenar sus vacíos de identidad.

La relación saludable se basa en el suficiente intercambio de satisfactores materiales y emocionales que permitan solucionar los problemas y tareas que se presentan a lo largo del ciclo vital.

A continuación Estrada (1994) describe las fases del ciclo vital de la familia:

a) EL DESPRENDIMIENTO

Al desprendimiento se le conoce como ese cambio en la adolescencia cuando el joven tiene que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero fuera de su familia. El proceso resulta ser para el joven pero al mismo tiempo no le es menos para los padres.

Por este hecho se pueden encontrar constantemente dos corrientes en pugna, una en la que va a favor del desprendimiento y de la vida y la otra que tiende a fijar, a detener o a regresar el proceso creativo a etapas anteriores.

Es muy importante este primer paso del desprendimiento para iniciar por un buen camino el ciclo vital familiar.

Alguna de las motivaciones que puede tener una persona al buscar un compañero se divide en dos factores:

- a) Una búsqueda de cercanía y compañía.
- b) Una búsqueda de fusión.

En la búsqueda de fusión solo se puede considerar como un acto inmaduro en donde no se ha adquirido una individualidad.

b) EL ENCUENTRO

En esta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos: El primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. El segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

Al convivir en una relación de dos se intenta echar andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema familiar de origen.

Es conveniente insistir en que el encuentro con "una persona nueva" nos depara grandes sorpresas y que en el establecimiento y estructuración de un nuevo sistema estriban tanto la cualidad de la relación marital como el bienestar familiar futuro.

Para continuar describiendo esta segunda etapa es indispensable adaptar el término "contrato matrimonial", Sager (1972), para referirse a todos aquellos conceptos individuales que tienen como tema principal lo que cada uno piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como de los bienes y beneficios que espera recibir del mismo.

Dicho contrato está basado en aspectos recíprocos, acerca de lo que cada uno piensa dar y lo que espera recibir del otro. El contrato abarca cualquier aspecto imaginable de la vida conyugal ya sea que se trate del sexo, de metas, de las relaciones con los demás, de paseos, de poder, de dinero, de los niños, de familiares, etc.

Cuando el contrato no es cumplido aparecen poco a poco la desilusión y resentimiento, la sensación de haber sido timado, engañado, y el enojo puede provocar problemas serios, como depresiones y discordias maritales severas, que se basan en el falso presupuesto de que las reglas maritales con que se iba a fusionar, han sido violadas. Sin contrato no hay matrimonio que dure.

Sager y Kaplan (1972), describen tres niveles en el contrato matrimonial:

- 1.- Un nivel consciente que se verbalice y que incluye todo aquello que se comunica al compañero acerca de sus expectativas tanto en el que se refiere a dar como al recibir; dicho además de forma clara y comprensible.
- 2.- Un nivel que aún cuando consciente, no se verbaliza.
- 3.- Este va más allá de la percepción consciente y que se refiere a todos aquellos deseos y necesidades naturales y racional por lo tanto, contradictorios. Este punto se refiere a la problemática personal, que muchas veces es de naturaleza neurótica o psicótica. Inevitablemente se deposita en la relación con el otro y aparecen las necesidades no resueltas de competencia, dominio, destrucción, etc... Así mismo, muchas veces se utiliza al compañero como un medio para lograr una victoria irracional y echando mano de maniobras patológicas, como el rechazo emocional, el sadismo o el masoquismo.

c) LOS HIJOS

Aquí se describirá la etapa de los hijos dentro de un sistema familiar que empieza, y todas las vicisitudes que esto acarrea. Para empezar, la llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. Esto plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta ese entonces han venido rigiendo a este matrimonio.

d) LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es tal vez la que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. En esta encrucijada se combinan varios factores:

- 1.-En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.
- 2.-Los padres, aún cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez muy a su pesar, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia.
- 3.-La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación.

Mediante mecanismos de sobreprotección, es posible mantener a un adolescente sin crecer indefinidamente. Esto se debe a algún problema que les impide pasar a las etapas subsecuentes de madurez y adultez.

e) EL REENCUENTRO

Mc Iver (1937), llamó a esta fase el "síndrome del nido vacío", refiriéndose al aislamiento y a la presión de la pareja, puesto que a estas alturas, sus actividades de crianza han terminado.

En esta fase coincide siempre con una etapa individual de suma importancia, el hombre recibe el impacto de la biología que declina y además se dan cambios sociales y familiares de la mayor importancia. Por ejemplo:

- 1.-La necesidad de adquirir y hacer lugar a nuevos miembros de la familia.
- 2.-La jubilación.
- 3.-La declinación en la capacidad física, que va acompañada casi siempre de queja en uno mismo y en el compañero, así como la aparición de las enfermedades.
- 4.-El conflicto con las nuevas generaciones.
- 5.-El problema económico de los hijos que inician una nueva familia.
- 6.-La necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes.
- 7.-La necesidad de independizarse de hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

f) LA VEJEZ

La vejez es una de las etapas menos conocidas, menos aun que las que a simple vista se antojan casi imposibles de ser estudiadas.

Generalmente las nuevas generaciones tienden a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos, a negarlos. Una familia sin viejo es una familia sin complemento histórico, una familia mutilada.

Uno de los problemas que frecuentemente se encuentra es aquel de dos esposos ya viejos, cuando él es jubilado y regresa a su casa para siempre, e invade los terrenos que antes sólo fueron del dominio de su esposa. Parece imposible para el que desconoce dicha etapa, que este simple hecho represente una situación amenazante a la individualidad y diferenciación de ambos. Esta situación sólo puede ser aliviada mediante el límite claro de los espacios en donde cada quien pueda funcionar independientemente. De lo contrario existe el peligro de que se lleguen a perder la estima y el respeto y aparezca la ansiedad, la tensión y los estados depresivos.

3.7 EL NIÑO HIPOACUSICO Y SU FAMILIA

La familia es un sistema que guarda un delicado equilibrio y que ha sido diseñado para satisfacer las necesidades de sus miembros individuales. Con frecuencia la presencia de un niño con una discapacidad perturba este delicado equilibrio, y por tanto, las familias muchas veces necesitan ayuda para restablecer una dinámica saludable en la cual todos los miembros puedan lograr su desarrollo personal.

La familia como se mencionó anteriormente es una unidad que como todo vive etapas. La presencia de un niño con necesidades educativas especiales puede afectar de manera radical a la familia al prolongar determinadas etapas e imponer cambios en la estructura y en el funcionamiento del núcleo familiar (Rubin y Quinn-Curran,1983; citados en Powell y Ahrenhold,1991).

La familia debe ser considerada y tratada como una unidad; en cualquier momento que se presente una perturbación (como el nacimiento de un niño hipoacúsico), debe invertirse toda la energía que haga falta para mantener una precaria "homestasis familiar", del delicado equilibrio (familiar) en las relaciones establecidas (Lutterman, 1979; citado en Powell y Ahrenhold,1991).

3.7.1 LA DINAMICA DE LA INTERACCION

Las familias, como ya se mencionó, tienen subsistemas interrelacionados que favorecen la interdependencia de sus miembros. Cada uno de esos miembros es un elemento vital del sistema, cuya personalidad y cuyas interacciones afectan a las de los demás. Cuando un miembro de la familia cambia, los demás también cambian.

Las interacciones familiares nunca son tan simples como parecen a primera vista. La interacción entre los padres generalmente influye en las interacciones futuras entre ellos y los hijos o entre uno de ellos y determinado hijo. Cada uno de los miembros de la familia influye sobre sus reacciones individuales con los demás, y esto a su vez afecta a las relaciones entre los otros miembros de la familia.

3.7.2 LA FAMILIA EN UN PERIODO DE ADAPTACION

Simeonsson y Simeonsson (1981)(citados en Powell y Ahrenhold,1991) indican que las familias con un hijo discapacitado enfrentan, ante todo, las presiones y las exigencias de la sociedad moderna. Estas familias se ven precisadas además de encarar las exigencias especiales que implica la crianza de un niño con necesidades educativas especiales. Los efectos globales de la presencia del niño con necesidades educativas especiales son contradictorios, algunas familias se fortalecen con la experiencia, otras, no soportan la tensión y se desmoronan. Sin embargo, lo más probable es que las familias se fortalezcan y a la vez sufran la tensión de tener un niño con necesidades educativas especiales y lo que varía realmente es el grado de fortalecimiento y de tensión.

Todas las familias pasan por una serie de tensos periodos de transición. El nacimiento de un nuevo hijo, el ingreso a la escuela, algún cambio de quienes viven en el hogar, son todos ellos periodos de tensión.

En las familias donde hay un niño con necesidades educativas especiales (n.n.e.e.) puede llegar a ser especialmente agudos los periodos de transición. Mackeith (1973) (citados en Powell y Ahrenhold, op. cit.), ha descrito 4 de tales periodos:

- 1.-Cuando los padres se enteran que su hijo es un discapacitado.
- 2.-Cuando llega el momento de proporcionar educación al discapacitado y es preciso encarar sus posibilidades escolares.
- 3.-Cuando el discapacitado deja la escuela y se ve precisado a enfrentar las confusiones y frustraciones personales como todos los demás adolescentes.
- 4.-Cuando los padres envejecen y no pueden seguir asumiendo la responsabilidad de cuidar al discapacitado

Por otra parte, la noticia de que uno de los hijos es sordo, obliga a la familia, especialmente a los padres y a los hermanos, a confrontar sus propios sueños y aspiraciones con aquellos que abrigaban respecto al niño. Asimismo, esta noticia provoca una situación de crisis en la familia. El concepto de crisis denota un grado de desorganización familiar. El equilibrio del grupo se altera al enfrentarse a una situación que modifica su funcionamiento previo. El factor esencial que determina la aparición de crisis es el desequilibrio entre la dificultad y los recursos de que dispone la familia para enfrentarla.

La crisis puede ser germen de disfuncionalidad y conflicto. Por el contrario, su superación puede llevar al crecimiento y mayor desarrollo de la familia, a su fortalecimiento.

Siguiendo a Erikson diferenciamos las crisis evolutivas de las crisis accidentales.

* **CRISIS EVOLUTIVAS:** están esencialmente vinculadas a cambios referidos al proceso de crecimiento de una familia: el primer embarazo, el nacimiento de los hijos, la entrada del hijo a la escuela primaria, la adolescencia, etc. Cada uno de estos periodos exige de la familia una reacomodación indispensable para poder continuar funcionando.

* **CRISIS ACCIDENTALES:** tienen las mismas características pero a ellas se suma el carácter perentorio, urgente, imprevisto, que suele presentar. Algo esencial en estos casos es la desproporción del estímulo en relación con las posibilidades de elaboración de la familia. Puede ser por ejemplo, la muerte de uno de los integrantes. En este sentido, la confirmación de la sordera del hijo es una situación de crisis accidental.

Esta crisis que atraviesa la familia implica una pérdida, un duelo. ¿Qué es lo que se pierde?, el hijo ideal cargado con las expectativas, deseos, esperanzas de la pareja y de la familia en general. Esta familia debe afrontar un proceso de duelo que le permita aceptar esta pérdida, para poder recién conectarse con el hijo real deficitario que tiene delante (Núñez, 1991).

FACTORES QUE INCIDEN EN LA MODALIDAD DE ELABORACION DE ESTA SITUACION DE CRISIS, SEGUN NUÑEZ (1991):

1.-El modo de resolución de duelos anteriores en la historia de la familia y en la historia particular de cada uno de los padres: esta situación de crisis reactiva crisis previas. Una mala elaboración de las mismas actúa como carga adicional a la situación presente haciendo que se instrumenten los mismos recursos fracasados entonces. En cambio, una buena elaboración de crisis anteriores actúa como guía para la acción presente y la familia cuenta con mayores recursos.

2.-El momento del ciclo vital por el cual está atravesando la familia: cuando el hijo sordo es el primero, la pareja debe afrontar dos situaciones nuevas: por un lado, el hecho común a otras parejas de pasar de una situación de dos a la inclusión de un tercero, que implica el tener que comenzar a asumir un rol nuevo que es el rol parental. Por otro lado, los progenitores se enfrentan a un déficit que pone en cuestionamiento sus posibilidades de gestar juntos algo sano. Cuando hay otros hijos sanos anteriores la situación es distinta. En ese caso, el proceso de adaptación al déficit abarca a todo el grupo familiar y no solamente a la pareja parental.

3.-El lugar asignado al hijo: hay un lugar preparado de antemano, preexistente, armado desde afuera por la fantasía parental. Sobre ese hijo pesan valores, creencias, ideologías propias de la familia y de la cultura a la que pertenece; sobre él se depositan también expectativas, deseos, esperanzas.

4.-El grado de discrepancia entre el hijo deseado y el hijo real: cuando mayores han sido las expectativas, deseos, ilusiones y esperanzas proyectadas en el hijo, más difícil será la aceptación de la deficiencia.

5.-La personalidad de los padres: las características de personalidad narcisistas de los padres dificultarán seriamente el proceso de duelo. El tener un hijo con déficit implica un fuerte ataque a ese narcisismo, porque significa inmediatamente la confirmación de no valgo, no sirvo, por lo cual no soy merecedor del reconocimiento de los otros.

6.-Las características del vínculo de la pareja matrimonial: conflictos en este vínculo pueden llevar a utilizar a este hijo con el déficit como chivo expiatorio de los mismos.

7.-La actitud que toma la pareja parental ante la situación crítica: la reacción de ambos padres suele ser distinta: la madre, en general, manifiesta más impacto emocional, mientras que el padre se aferra a un modelo masculino estereotipado, no llorar, ser fuerte, sobre todo frente a su mujer.

8.-La posibilidad de la familia de contar con sostenimientos del entorno: es decir, de la familia ampliada, los amigos, los vecinos, los distintos grupos sociales a los que pertenece, entre ellos los grupos de padres con hijos de igual patología. Debemos

incluir en esta función de sostenimiento externo los recursos de salud, de educación, etc., que la comunidad ofrece, y que son factores de peso fundamental en la forma de resolución de la crisis.

9.-La capacidad de la familia para recurrir y/o aceptar los sostenimientos externos: es un índice, en general, de buen propósito familiar en la resolución del duelo, la capacidad para utilizar con provecho a otras personas, amigos, parientes, y los recursos que el medio le ofrece.

10.-El nivel social, económico y cultural de la familia: las familias de clase baja se enfrentan a la crisis con una actitud de mayor resignación, de sometimiento a los dictámenes de Dios o del destino, una prueba más que deben afrontar. Las familias de clase media o alta y con nivel cultural más elevado, tienen procesos de duelo más complicados debido, entre otras cosas, a la gran frustración ante el alto nivel de expectativas y deseos depositados en el hijo, a una herida narcisista más intensa, un medio que los rodea más competitivo, etc.

11.-Las características del déficit:

- A) El grado de pérdida auditiva: cuanto mayor es la pérdida más dificultosa puede ser la aceptación de ella para la familia
- B) Los factores etiológicos de la pérdida: es decir, si es adquirida o genética
- C) La presencia de otros problemas concomitantes asociados
- D) Las posibilidades de intervención quirúrgica
- E) La progresión de la pérdida
- F) En el caso de que haya otros miembros afectados del mismo déficit en la familia, ésta parece estar más preparada para la elaboración
- G) Otras

12.-El momento en que se hizo el diagnóstico: un diagnóstico temprano puede favorecer el proceso de duelo, ya que los padres y los profesionales pueden iniciar una pronta reeducación. Un diagnóstico tardío aumenta los sentimientos de culpa y ansiedad por el tiempo perdido y los sentimientos de desesperanza por lo que no se le ofreció al niño en el momento oportuno.

13.-La modalidad en que el equipo asistencial encare la atención de la familia en crisis.

FASES DE ELABORACION DE LA SITUACION DE CRISIS.

Núñez (1991), señala las distintas etapas en la elaboración del duelo que se hallan en la mayoría de las familias que se encuentran en estas circunstancias:

A) ETAPA DE SHOCK, CONMOCION

Se da como respuesta ante la información de la deficiencia del hijo. Aparece expresada en manifestaciones como las siguientes: Fue un golpe terrible; es como si me hubieran dado un mazazo en la cabeza; es como el fin del mundo. Esta situación está teñido de un estado general de embotamiento de la sensibilidad, como estar viviendo una situación de irrealidad (me sentía como en un sueño, no parecía real). Otros padres pueden sospechar que su hijo tiene un problema de desarrollo; puede haberles preocupado el que ese hijo no era como los otros. El shock en estos padres es ligero, incluso algunos sienten alivio, ahora que el problema ha sido identificado porque ahora pueden ayudar a su hijo.

B) ETAPA DE NEGACION

Implica percibir, aunque sea en forma episódica, la realidad de la pérdida, pero acompañada de un intento de no admitirla, de una actitud general de descreimiento; se expresa por: no puede ser, no puedo creerlo. Esta actitud se caracteriza por sentimientos de anhelo y búsqueda del hijo sano, una esperanza de que todo ha de arreglarse. Es conveniente que esta actitud no se prolongue, cuanto más tiempo se niegue que existe el problema, el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado y la atención necesaria.

Es un período en que los padres pueden comenzar una serie de peregrinaciones por distintos especialistas, buscando que les digan que el diagnóstico del déficit es erróneo.

Los padres también expresan sentimientos de culpa. La sordera del hijo puede ser vivida a nivel de fantasía como un castigo por alguna mala acción: no haberse cuidado en el embarazo, haber fumado, haber tenido una actividad sexual demasiado frecuente, haber trabajado con exceso, etc.; muchas veces aparecen interpretaciones irracionales. Estos sentimientos de culpa suelen ser transferidos al obstetra, al pediatra, a un pariente lejano con un antecedente irrelevante, al cónyuge supuestamente portador del gene malo o causante de la deficiencia y, en fin, al niño mismo.

Estas primeras dos fases corresponden a un período de desorganización del grupo familiar, en el cual se rompe la estructura de funcionamiento que había imperado hasta entonces.

Una etapa de desorganización inicial con un desborde emocional forma parte de una respuesta sana. Otra situación de riesgo para el sistema familiar es que este momento de desorganización llegue a un nivel tan profundo que la familia quede sumergido en el mismo. Otro indicador de riesgo de disfuncionalidad en esta etapa se da cuando los padres aparecen separados, sin darse apoyo mutuo y con ausencia de comunicación entre sí.

Cuando hay otros hijos mayores se presentan situaciones de disfuncionalidad en este período de desorganización. Frente a ellos, los padres desde un comienzo pueden tomar distintas actitudes:

- a) que se los aisle, se los descuide o abandone como consecuencia de una dedicación exclusiva al hijo sordo.
- B) que se los involucre demasiado en la situación, dándoles un rol simétrico al de los adultos en la atención, cuidado y dedicación al hermano deficiente. Esto acarrea renunciamentos a necesidades e intereses propios y a conductas de sobreadaptación.
- C) que se los sobreproteja, dejándolos al margen de todo lo que los padres están viviendo, hasta llegar, en algunos casos, a un ocultamiento de la situación.

C) ETAPA DE RECUPERACION, DE EQUILIBRIO

Se caracteriza por una atenuación gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas anteriores. Es un momento en el cual se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida. Es en esta etapa en que los padres pueden encontrarse con el hijo real deficitario y pueden tener una mayor confianza en sí mismos para cuidarlo. Se da una movilización de esfuerzos. La familia puede comenzar a probar recursos mediante técnicas de ensayo y error, a nivel empírico o especulativo. Un indicador de llegada a esta fase es que la familia esté más abierta para recibir información precisa sobre el diagnóstico, curso y pronóstico de la deficiencia, también que aparezcan inquietudes relativas a otros miembros: problemas que presentan los otros hijos, conflictos conyugales, preocupaciones laborales, etc.

D) ETAPA DE REORGANIZACION

Implica por parte de los padres una renuncia a la esperanza de recuperar al hijo perdido y una actitud de aceptación del hijo sordo con sus posibilidades y sus limitaciones.

Una buena resolución del proceso de duelo creemos que conduce a una reorganización adaptativa del grupo familiar que significa:

- a) Una pareja unida, comunicada, con una actitud de apoyo mutuo. Se da una clara limitación de los subsistemas conyugal y parental.
- b) Un subsistema fraternal limitado que incluya al niño con el déficit, dentro del cual hay pautas de interacción para negociar, cooperar, competir.
- c) Límites claros entre los distintos subsistemas: parental, conyugal y fraternal. Permeabilidad de los límites.
- d) Un grado de equilibrio adecuado en el grupo entre la unión de sus miembros y el favorecimiento de la individualidad y realización personal de cada uno, incluido el niño discapacitado.

- e) Elaboración de proyectos de la familia como grupo y de cada uno de sus miembros. Estos proyectos pueden ser mediatos e inmediatos.
- f) Mantenimiento de interacciones fluidas en el entorno (familia extensa, amigos, vecindario, etc.)

Sin embargo, el tipo de reorganización a la que llega la familia puede tener características disfuncionales. Indicadores de esta disfuncionalidad:

1.-Reorganización del grupo alrededor del niño con el problema, quien ocupa el lugar central en el interjuego de los vínculos familiares.

2.-Reorganización de la familia desconociendo el déficit manteniéndose, en lo posible, al margen, y tomando una actitud de segregación del miembro discapacitado. En este caso, el niño sordo es:

- * Delegado al cuidado y atención de personas que no pertenecen al grupo (otros familiares, tíos, abuelos), internado en alguna institución, etc.
- * Delegado a un solo miembro dentro del grupo familiar (usualmente la madre), lo que permite al resto un funcionamiento evitativo.
- * Aislado dentro del seno de la familia, no ofreciéndole oportunidades de reeducación, negándole intercambios educativos con otros miembros; etc.

3.-La pareja aparece desunida; puede darse entonces, por ejemplo, una relación estrecha de uno de los miembros de la pareja (generalmente la madre) con el hijo deficitario, quedando el otro cónyuge en un rol periférico. Están seriamente afectados los subsistemas parental y conyugal.

Ambos miembros de la pareja están absorbidos por los cuidados y atenciones del niño discapacitado; quedando en este caso jerarquizados los roles parentales en detrimento de los cónyuges.

4.-Disfuncionalidad del subsistema fraterno, los hermanos pueden aparecer:

- * Igualando a los padres en hacerse cargo de los cuidados, o bien ocupado directamente el rol parental que alguno de ellos no puede asumir. Esto les resta posibilidades de desarrollo y crecimiento:
 - a) ocupando un lugar periférico, sufriendo cierto abandono y descuido.
 - b) sobreprotegidos, mantenidos al margen de la situación.

5.-Disfuncionalidad en el vínculo de la familia como grupo con el medio externo: la familia como grupo mantiene una actitud de aislamiento con respecto al medio externo. Se presenta como un grupo cerrado.

Este aislamiento es el resultado de una serie de factores:

- 1.-Una actitud social, general, de segregación de toda la familia que tiene un miembro discapacitado.
- 2.-Una tendencia de la familia misma a autosegregarse dada por el temor básico de exponerse ante el medio que los puede marcar como fallados, fracasados. La familia aparece sensibilizada ante toda actitud de lástima, crítica o burla que pueda provenir de afuera.
- 3.-Un exceso de responsabilidades que debe asumir ante la rehabilitación del niño, manejándose con una ideología del deber que cercena todas las posibilidades de esparcimiento, recreación o distracción.

Debemos tener presente que muchas situaciones disfuncionales familiares se instalan sobre la base de instrumentación del niño como chivo expiatorio de dificultades previas de la pareja o de la familia en general. El niño con el daño puede funcionar así como un freno para detener el progreso familiar, para atar a sus miembros. Este daño es necesario para matener el equilibrio familiar (Núñez, op. cit.).

Pasaremos a hacer un análisis de cada uno de los miembros intervinientes de la familia y a partir de ahí veremos cómo interactúan entre sí:

1.-Estrecha relación madre-hijo discapacitado con dependencia mutua.

El niño, como uno de los miembros de este binomio, tiene una serie de limitaciones determinadas por su sordera. Consecuentemente presenta la necesidad de tener una persona constantemente a su lado, que le brinde una decodificación permanente de los sucesos de la realidad que lo rodea.

Es en la madre, por la mayor permanencia junto al niño, en quien recae frecuentemente este rol decodificador; a la larga esto conduce a una situación en la cual ella es la única que habla con el niño, por ser la que más comprende su lenguaje y a quien, a su vez, el niño entiende mejor.

La importancia de esta función de la madre, hace que el niño establezca una relación de mucha dependencia respecto de ella y le produzca ansiedad, temor a perderla.

La madre, como el otro miembro del binomio, sufre un ataque a su narcisismo ante la confirmación del diagnóstico ya que quedan trucas las esperanzas, las ilusiones y deseos puestos en su hijo desde antes del nacimiento. Por lo que el niño con hipoacusia no satisface sus expectativas, no le brinda la reafirmación:

- a) de su identidad como mujer y madre
- b) de su propia integridad interna

La culpa en la madre surge en respuesta a los sentimientos de hostilidad y agresión que siente ante el hijo que con su déficit la frustra. Se vale de distintas formas para manejar estos sentimientos:

- a) de una actitud exigente que la lleva a hacerse cargo del niño en forma casi exclusiva.
- b) de un cumplimiento estricto de las exigencias que la rehabilitación impone, donde el deber de cumplir con el niño pareciera anular toda posibilidad de placer.
- c) de un renunciamiento a necesidades e intereses propios.
- d) de una actitud permisiva hacia su hijo con una clara tendencia a la falta de límites, que lleva a que el niño muchas veces pase a funcionar como alguien que controla a toda la familia mediante gritos, berrinches, pedido continuo de gratificaciones, etc.

Existen otras respuestas emocionales que el hijo provoca en la madre:

- * sentimientos de ser distinta de todas las demás por tener un hijo diferente.
- * sentimientos de extrañeza ante un hijo en el cual no puede reconocerse a sí misma.

2.-El padre y los hermanos, figuras periféricas.

El padre puede presentar dificultades para funcionar como un agente activo de pasaje de la relación exclusiva materno-filial a la triangular, quedando relegado a un rol de tercero excluido.

Permanece la mayor parte del tiempo fuera de casa. Esta situación se funda en el hecho real de que debe asumir en forma exclusiva la función de soporte económico de la familia y de los gastos que la rehabilitación del hijo impone.

Los datos clínicos muestran que el tener un hijo con déficit suele producir en el padre sentimientos de castración, desilusión, fracaso, desesperanza, culpa, entre otros. La forma de defensa a la que más habitualmente recurre, ante éstos, es la de delegar el problema en su cónyuge (como se mencionó anteriormente).

Debido a su alejamiento, el padre siente a su hijo como alguien cada vez más desconocido, del que le resulta difícil de entender su conducta y su lenguaje. Para acercársele, necesita a la madre como figura intermedia.

Además, el distanciamiento del hogar lo lleva a enfrentarse con los reproches y quejas permanentes de su esposa, abrumada por deberes a cumplir con el niño, en respuesta a lo cual el padre adopta una actitud aplacatoria momentánea y luego hace una toma mayor de distancia para liberarse de las acusaciones.

Esta estrecha relación madre-hijo y la dificultad del padre para funcionar como agente activo de ruptura de la simbiosis al adoptar una posición periférica, trae consecuentemente un funcionamiento disfuncional en el subsistema conyugal.

Los hermanos también están excluidos de la díada madre-hijo sordo. Generalmente se presentan como niños sobreadaptados, independientes, que han debido arreglárselas solos desde muy pequeños, a causa de una madre sobreexigida por los cuidados hacia el niño discapacitado.

Aparecen muchas veces postergados, renunciando a necesidades propias en favor de su hermano, adoptando una actitud hipersolícita de cuidados hacia él. Todo ello es fuente de sentimientos de hostilidad, envidia y celos por los privilegios obtenidos por ese hermano, lo que los lleva al deseo de ocupar su lugar, aunque sea al precio de padecer un defecto.

Tales sentimientos contrastan con otros -de culpa- surgidos en la relación con el hermano, por tener ellos lo que a él le falta: la audición y el lenguaje. También en estos niños suelen surgir sentimientos de inseguridad, soledad, desamparo, depresión (Núñez, op. cit.).

3.8 EL NIÑO HIPOACUSICO Y SUS HERMANOS

3.8.1 LA IMPORTANCIA DE LOS HERMANOS

La relación que existe entre hermanos permite a dos seres disfrutar de un contacto físico y emocional en las etapas críticas de su vida. Los hermanos proporcionan una relación permanente que jamás se anula.

La influencia que una persona ejerce sobre sus hermanos y viceversa comienza antes del nacimiento de éstos, los padres preparan al niño para la llegada de un hermanito. Los hermanos son agentes de socialización que proporcionan al niño la primer, y acaso la más intensa, relación entre pares la cual establece el contexto para el desarrollo social.

La interacción social con los hermanos es vital para el desarrollo general, brinda la oportunidad para aprender a compartir, para ser buen compañero, para demostrar lealtad o rivalidad y para expresar los sentimientos. Bossard y Boll (1960) (citado en Powell y Ahrenhold, 1991), señalan que la relación entre hermanos es de interdependencia mutua.

Los hermanos aprenden el proceso de "dar y recibir". La relación fraterna constituye un sistema único de apoyo recíproco, además de ser compañero de juego, el hermano puede servir de confidente y consejero. El sistema de apoyo continúa y se extiende durante la vida adulta. La relación entre hermanos llega a durar entre 60 y 80 años.

La fuerza de la relación varía entre uno y otro hermano y entre todos los hermanos pertenecientes a una misma familia. Tal parece que en la Powell y Ahrenhold, 1991), solidez del vínculo fraterno interviene un factor que Bank y Kahn (1962) (citados en , denominan "acceso". Los hermanos con alto nivel de acceso tienen edades muy cercanas y se muestran mutuamente accesibles durante sus primeros años. Los hermanos con bajo nivel de acceso son aquellos separados por ocho o más años de edad y no comparten muchas experiencias.

3.8.2 DINAMICA DE LA INTERACCION

Schvaneveldt e Ihinger (1979)(citados en Powell y Ahrenhold, op. cit.), al analizar la interacción e independencia de los hermanos, insisten en la importancia de ver a la familia como un sistema. Aquí establecen cinco hipótesis básicas respecto de las relaciones entre hermanos:

- 1.-Los hermanos son a la vez los iniciadores y receptores de las interacciones sociales.
- 2.-La interacción de los hermanos es un proceso de desarrollo continuo que se prolonga por toda la vida.
- 3.-La composición y la integración familiar determinan hasta cierto punto el desarrollo de la personalidad y los comportamientos sociales de los miembros de la familia.
- 4.-Los grupos de hermanos tienen características semejantes a las otras agrupaciones pequeñas.
- 5.-Las relaciones entre hermanos son de naturaleza transaccional, un hermano influye al otro y viceversa; esta interacción cambia a través del tiempo.

3.8.3 CICLO VITAL DE LOS HERMANOS

La relación con los hermanos es quizás la más duradera y decisiva que puede tener una persona. Esta relación atraviesa por distintas etapas según Bank y Kahn, (1962) (citados en Powell y Ahrenhold, op.cit.):

En la **PRIMERA INFANCIA**, los hermanos se hacen compañía permanente.

En la **NIÑEZ**, interactúan con frecuencia y comparten no sólo juguetes, ropa y los padres, sino también las experiencias familiares.

Durante la **EDAD ESCOLAR**, comienzan a establecer relaciones con niños ajenos a la familia, y para hacerlo recurren a las habilidades sociales que han aprendido unos de otros.

Durante la **ADOLESCENCIA**, la relación fraterna pasa por una fase de ambivalencia, sin embargo, el adolescente recurre a sus hermanos como confidentes y consejeros, en lo que toca a las relaciones con los amigos, el uso de droga, la sexualidad, etc.

En la **EDAD ADULTA**, adquiere un nuevo rasgo la relación. Es probable que busque en sus hermanos apoyo y estímulo cuando llega el momento de abandonar la casa paterna e iniciar una vida independiente. Crean una red paralela de amor y de apoyo para los hijos de sus hermanos.

En la **VEJEZ** cuando los hijos se van y el cónyuge muere, los hermanos proporcionan una red de apoyo mutuo (Cicirelli,1982). Pueden llegar de nuevo a encontrarse con frecuencia, en algunos casos, vivir juntos para acompañarse y compartir las últimas experiencias de la vida.

Bank y Kahn (1962) (citados en Powell y Ahrenhold, op.cit.), consideran que la lealtad es un elemento esencial en la relación entre hermanos, la cual puede fortalecerse y coexistir con factores tales como la rivalidad y el conflicto. Según ellos, ser leal es:

1. Esforzarse, estar juntos y rechazar la separación.
2. Brindar cooperación, consuelo y ayuda mutua.
3. Compartir un lenguaje especial, como el de las bromas que solo entre ellos se entienden.
4. Defenderse de las amenazas externas.
5. Enfrentar los conflictos y solucionarlos con prontitud y franqueza.

3.8.4 LOS HERMANOS: EFECTOS DE UNA RELACION ESPECIAL

Los hermanos de las personas con necesidades especiales son componentes esenciales del sistema familiar. Ejercen influencia sobre el discapacitado a través de sus interacciones y a la vez reciben influencia de ese hermano.

Varios autores revisaron los estudios sobre las relaciones entre los n.n.e.e. y sus hermanos normales. Básicamente la investigación demuestra que los efectos para los hermanos normales aún no pueden ser totalmente claras (positivas o negativas).

A) LOS EFECTOS POSITIVOS

Algunos hermanos afirman haberse sentido satisfechos de poder aprender a sobrellevar y a manejar las exigencias de un n.n.e.e. Sienten verdadero placer y alegría ante el menor logro del hermano y han aprendido a sentir cariño y compasión por todos los seres con necesidades y aptitudes particulares. (Grossman, 1972) (citado en Powell y Ahrenhold, op.cit.)

B) LOS EFECTOS NEGATIVOS

Entre ellos se hallan la amargura y el resentimiento al ver que el n.n.e.e. recibe más atención. Algunos dicen que experimentan temor y angustia al pensar cómo deben conducirse con el n.n.e.e., incluso se sienten culpables por el hecho de ser sanos, es útil imaginar los efectos que tiene el n.n.e.e., sobre sus hermanos en forma de un continuum. Es importante recordar que ese continuum de efectos no es estático. El hecho de que un hermano tenga una relación muy sana y positiva en un momento determinado no significa que no puede comportarse y sentir de manera negativa en otro momento. (Farber, 1959; citado en Powell y Ahrenhold, op.cit.).

3.8.5 VARIABLES QUE INCIDEN EN LAS RELACIONES FRATERNAS

1. DIFERENCIA DE EDAD. Koch (1955) (citado en Powell y Ahrenhold, op.cit.) concluye que de 4 a 6 años de diferencia, los niños juegan más unos con otros , y con sus respectivos amigos y tienen más intereses en común que los niños con mayor diferencia de edad.

2. SEXO. Las hermanas tienen más capacidad que los hermanos varones o que otras mujeres para enseñar una actividad conceptual simple a los hermanos menores. Por el contrario, los varones tienen más capacidad para enseñar a niños menores que no son de la familia, que para enseñar a sus propios hermanos. Cicirelli (1976) (citado en Powell y Ahrenhold, 1991), realizó un estudio para determinar las diferencias y las interacciones entre madre e hijo y entre un hermano y otro con respecto a la solución de problemas, y descubrió que los niños pequeños con hermanos del sexo opuesto son más independientes y reciben más ayuda de la madre o del hermano mayor que los niños cuyos hermanos son del mismo sexo.

3. ORDEN DE NACIMIENTO. Unruh y cols. (1971) (citados en Powell y Ahrenhold, op.cit.) concluyeron que las diferencias entre los recién nacidos primero y los nacidos después no deben atribuirse al "orden mismo de nacimiento sino a las diferencias y experiencias psicosociales de los dos grupos de niños".

Cerreto y Miller (1981) y Treviño (1979) (citados en Powell y Ahrenhold, op.cit.), anotan que los hermanos normales de los niños con necesidades educativas especiales corren el riesgo de sufrir una serie de problemas emocionales y de comportamientos que pueden prolongarse por mucho tiempo e influir en el momento de elegir una profesión y de trazar las pautas de su vida futura familiar. La adaptación del hermano normal depende de sus características personales, de las características de la familia en general y de las características del n.n.e.e.

3.8.6 CRECER CON UN HERMANO ESPECIAL

Ehrlich (1993) menciona que uno de los dilemas de los padres es de atender adecuadamente las necesidades de cada uno de sus hijos sin desatender las demandas de su niño con discapacidad.

Esto hace que la relación entre hermanos dependa de diversos factores. Uno de los más importantes es la etapa del desarrollo psicológico en la que cada uno se encuentre. No obstante cuando un hermano tiene alguna surgen otros factores que intervienen en la relación.

* El orden cronológico de los hermanos en torno al hijo con discapacidad y la presencia de otros niños con alguna discapacidad en la familia.

* Los cambios en la rutina familiar y en la vida cotidiana provocada por la condición específica del niño especial.

* La habilidad de la pareja para asimilar y aceptar el hecho de tener un hijo con una discapacidad.

* La fortaleza emocional del matrimonio.

* El grado de apoyo de la familia y los amigos.

* La eficacia de la ayuda práctica y la orientación profesional que reciban.

Según Erik H. Erikson, las etapas de desarrollo siguen una secuencia definida y universal. El éxito o fracaso de cada una de ellas estará determinado por las experiencias del niño en las etapas previas y éstas, a su vez influenciarán en las subsecuentes.

Sin embargo, el desarrollo psicológico del niño es un mosaico de logros y retrocesos. En cada etapa hay resultados positivos y negativos y cada una es importante en sí misma y como antecedente del crecimiento futuro.

Los efectos negativos no son el producto de una interacción aislada. Para que haya dificultades emocionales o interpersonales en los niños, el patrón de interacciones negativas deberá repetirse persistentemente. Estos patrones pueden organizarse en alguna de estas problemáticas:

1.- Cuando los papás están demasiado ocupados o son indiferentes a las necesidades específicas de desarrollo del niño, éstas necesidades se ignoran y se frustran.

2.- Cuando, como resultado de los conflictos emocionales de los padres, el tiempo que se dedica a los niños está dominado por tensión, impaciencia, intolerancia y/o restricciones excesivas aunque se le dedique tiempo al niño, la calidad de las interacciones es negativa y potencialmente dañina para el mismo.

3.- Cuando los padres son sobreprotectores y la atención que le dan al niño es inapropiada se corre el riesgo de provocar una dependencia excesiva y una incapacidad para enfrentar y responder adecuadamente a los retos del desarrollo. Esto puede suceder cuando los padres se sienten menos por tener un niño discapacitado y buscan en los otros hijos su fuente primaria de autoestima.

ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO DESCRITAS POR EHRlich (1993)

Las etapas del crecimiento psicosocial del niño y adolescente son cinco. Las edades son aproximadas.

1.-EL PRIMER AÑO DE VIDA (CONFIANZA VS DESCONFIANZA)

Durante el primer año de vida los niños aprenden a confiar en el medio que los rodea. Si está bien atendido sentirá "Hey, este mundo no está nada mal. Cuando tengo hambre me dan de comer, cuando estoy mojado me cambian, cuando me siento solo me apapachan. Aquí me quedo"(Ehrlich ,1993 pag15). Es casi imposible consentir demasiado a un niño a esta edad dada la importancia que tienen sus necesidades físicas y emocionales. Cuando los padres tienen que atender a un niño con discapacidades es posible que posterguen las necesidades del hijo sano; también es probable que sean padres más irritables, cansados o indiferentes.

La insatisfacción de las necesidades del bebé en esta etapa se traducen en: nerviosismo, alteraciones en los patrones alimenticios, de sueño o evacuación, llanto, inquietud. En una palabra: desconfianza e incapacidad de sobresalir.

2.-UN AÑO A TRES AÑOS (AUTONOMIA VS DUDA Y VERGUENZA)

En el segundo año de vida se inicia el desarrollo de las habilidades motoras tales como gatear, usar cubiertos, lanzar objetos. Dentro de un ambiente seguro y confiable el niño sentirá mayor libertad para explorar su mundo. Si los padres tienen tiempo, paciencia y energía para apoyarlos en sus actividades, lo ayudarán a desarrollar su autonomía y autocontrol y a construir su autoestima.

En esta edad, los problemas del niño están vinculados con el exceso o la falta de libertad. Aquellos a quienes se les permite demasiada autonomía (como resultado de la poca atención, supervisión o indiferencia de los padres) pueden sentirse abrumados y ansiosos, dada la necesidad que tienen de una estructura en la que puedan practicar su incipiente libertad.

Esta ansiedad puede manifestarse en conductas autodestructivas.

Cuando disponen de una libertad excesiva pueden convertirse en tiranos que constantemente demandan atención.

Los niños a los que se limita y castiga en demasía porque los padres necesitan sentirse eficientes, en un ambiente de paz y silencio pueden manifestar timidez paralizante, miedo, pesadillas e indiferencias por aprender a controlar esfínteres.

Lo difícil con los niños a esta edad es que, es prácticamente imposible razonar con ellos o explicarles el porque no es posible darles la atención que necesitan. Los niños de esta edad solo pueden atender lo que pasa, el comportamiento concreto, los hechos.

3.-EL TERCER AÑO (INICIATIVA VS CULPABILIDAD)

Aproximadamente a los tres años el niño que ha tenido una primera infancia sana y positiva empieza a desarrollar las actividades físicas, mentales y emocionales que permitirán realizar tareas más complejas. Es la edad en la que los niños hacen muchas preguntas, quieren hacer las cosas por sí mismos (vestirse o cortar la carne) desafían, contradicen y comienzan a manifestar características de una personalidad más definida.

Si por la presión de cuidar al niño con discapacidad los papás pierden su capacidad de ser pacientes, tolerantes y comprensivos hacia las necesidades de independencia de sus otros hijos, muy probablemente reaccionarán con castigos o insultos: "no sabes hacer nada". Los síntomas resultantes son: dependencia excesiva, berrinches frecuentes, inmadurez emocional y enorme inseguridad. Los niños de esta edad pueden comenzar a comprender el impacto de tener un hermano con necesidades especiales. Algunos reaccionarán con increíble sensibilidad, ofreciéndose a cuidarlo (en parte para recibir aprobación o amor de sus papás); otros según su experiencia previa, temperamento y comunicación familiar, sentirán resentimiento hacia el hermano que recibe tanta atención. Se volverán agresivos y harán lo posible por romper la rutina familiar. Esta agresión es producto del miedo de sus necesidades frustradas. El castigo, sin la necesidad de captar las demandas emocionales del niño, solamente provocará problemas mayores.

4.-DE CINCO A DOCE AÑOS (INDUSTRIOSIDAD VS INFERIORIDAD)

Entre los cinco y los doce años aproximadamente, los niños pasan por una etapa en la que su meta más importante es sentirse útiles, creativos y productivos. Cuando no lo logran, cuando sus resultados no son los que ellos esperan, surge un sentimiento de inferioridad.

Dado que esta etapa se caracteriza por las comparaciones y las competencias, es posible que los niños vean a su hermano con discapacidad como un reflejo suyo y de la familia "tan inadecuada" que tiene.

El aspecto físico y el comportamiento del hermano con necesidades especiales puede apenarlo e incluso deseará esconderlo. Es posible que los papás, buscando proteger al niño con discapacidad de un rechazo mayor, lo regañe por su "falta de sensibilidad e ingratitud". Algunos asumirán alguna responsabilidad excesiva hacia su hermano con discapacidad, lo cual los puede abrumar y llevarlos a pensar erróneamente, que no son lo suficientemente competentes para asumir esa responsabilidad. Estos niños corren el riesgo de pensar que su autoestima está directamente relacionada con lo que hacen y no con lo que son.

Otros aprenderán a imitar a sus hermanos con necesidades especiales, como una forma de garantizar "un lugar" en el corazón de sus papás. Se hacen los enfermos o reprueban en la escuela para llamar la atención. Estos esfuerzos, por lo regular, no tienen éxito porque los padres se sienten manipulados.

5.-EN LA ADOLESCENCIA (IDENTIDAD VS CONFUSION DE ROL)

La adolescencia es una época en la que el individuo se autodefine en términos de valores, creencias, aspiraciones y maneras de relacionarse con los otros y el mundo. En el mejor de los casos es una época difícil, una época de cuestionamientos, comparaciones, idealizaciones y una creciente consciencia de como son las cosas realmente.

Los adolescentes son crueles en la evaluación que hacen de sí mismos, su familia y su medio social. Pueden ser los amigos más leales al tiempo que se vuelven unos críticos despiadados de sus padres. Es una época de expansión, esperanza y decepciones devastadoras.

Debido a una mayor concientización y al nacimiento de nuevas sensibilidades, algunos adolescentes responderán a sus hermanos con discapacidad con amor y apoyo. Tomarán la iniciativa de asumir algunas tareas como llevarlo a la terapia, pasar tiempo con ellos, invitarlo a salir juntos.

Otros, como resultado de una infancia más problemática, expresarán el producto de todos sus años de frustración, coraje, resentimiento y envidia por haber tenido que ceder a las necesidades especiales de su hermano. A la voz de: "¡ basta! ", estos jóvenes darán señales de agresividad: huir de la casa por tiempos cada vez más largos, rechazar abiertamente al hermano con discapacidad, mantenerse emocionalmente aislado de la familia, criticar abiertamente la manera como los padres han manejado la situación de su hermano con discapacidad. Estos adolescentes se ven forzados a rechazar a los hermanos con necesidades especiales como una forma de afirmar su propia identidad.

Estos problemas también se presentan en las familias que "no tienen necesidades especiales". Sin embargo cuidar de un hermano con discapacidad requiere una cantidad enorme de adaptaciones en la pareja y en la familia. Cuesta trabajo crecer.

3.8.7 PERFIL DEL HERMANO DEL NIÑO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Los hermanos de discapacitados experimentan toda una gama de sentimientos hacia el discapacitado, los padres, el resto de la familia, las demás personas, ellos mismos y el mundo en general. La intensidad y el significado de todos esos sentimientos varían, y estos pueden aflorar en respuesta a hechos aislados o a la situación general de la familia.

Los hermanos experimentan sentimientos negativos y positivos. Varios investigadores han descubierto que en algunos hermanos predominan los sentimientos positivos (Griker, Fishler y Kock,1962; Grossman, 1972; citados en Powell y Ahrenhold,op.cit.). Dada la complejidad de las familias, es difícil determinar que sentimientos son comunes a todos los hermanos de niños discapacitados y quizá sea imposible precisar la causa por la cual predominan los sentimientos negativos o los positivos. Sin embargo, parece que los sentimientos negativos surgen a causa de una serie de factores, entre los cuales se cuentan los siguientes:

- 1.-La severidad de la condición limitante.
- 2.-La edad del niño discapacitado.
- 3.-La diferencia de edades entre el niño discapacitado y el hermano normal.
- 4.-El tamaño de la familia.
- 5.-Las presiones ejercidas por los padres y por los profesionales que trabajan con el niño discapacitado.
- 6.-La situación económica de la familia y la disponibilidad de recursos para pagar la ayuda que el niño discapacitado necesita.
- 7.-El lugar de residencia del niño discapacitado.
- 8.-El sexo del niño discapacitado.
- 9.-Los servicios externos que requiere el niño discapacitado.
- 10.-Los ajustes, de orden material y social, que la familia ha tenido que hacer para adaptarse al niño discapacitado.
- 11.-Los recursos externos disponibles para ayudar a los miembros de la familia.
- 12.-La cantidad y la clase de responsabilidades impuestas a hermanos con respecto al cuidado y al tratamiento del niño discapacitado.
- 13.-El grado de manipulación o de malos tratos del niño discapacitado al hermano normal.
- 14.-El grado de adaptación de los padres al niño discapacitado.
- 15.-Los sentimientos de los padres hacia el niño discapacitado (Powell y Ahrenhold,1991).

De acuerdo con Powell y Ahrenhold (1991), Murphy, Della y Hanold (1989) las características y sentimientos que pueden presentar los hermanos de niños con necesidades educativas especiales son:

- 1.-Los hermanos sienten mucho temor y preocupación por el futuro del discapacitado, de sus padres y de ellos mismos (Seligman,1983).
- 2.-Los hermanos temen que el niño discapacitado sea objeto de explotación y abuso en los programas de tratamiento.
- 3.-Muchos hermanos temen la reacción de los amigos, en especial de sus futuros cónyuges, al enterarse de la existencia de la discapacidad.
- 4.-Los hermanos temen tener hijos, al pensar que puedan nacer con la misma limitación.
- 5.-Los hermanos pueden sentirse aislados de sus compañeros y, en algunos casos, rechazados por sus amigos.

- 6.-Los hermanos pueden sentirse diferentes al pensar que en ninguna otra familia se viven las experiencias de la suya.
- 7.-Los hermanos de niños discapacitados sienten más ira que los niños cuyos hermanos son normales (Seligman,1983).
- 8.-Los hermanos por lo general sienten ira contra el niño discapacitado, sus padres, la sociedad y Dios (Featherstone,1980).
- 9.-La ira puede deberse a que los hermanos sienten que nadie les presta atención y que no son importantes.
- 10.-La ira puede ser contra los compañeros que tratan con crueldad al discapacitado.
- 11.-Los hermanos pueden resentirse porque los padres dedican excesivo tiempo al discapacitado.
- 12.-Los hermanos se resisten por tener que reducir sus actividades sociales a causa del discapacitado.
- 13.-Los hermanos pueden albergar resentimientos por considerar que la situación de la familia es injusta y al ver que las exigencias paternas y maternas no son iguales para todos los hijos.
- 14.-La mayoría de los hermanos, en algún momento de la vida, se sienten avergonzados de tener un hermano discapacitado.
- 15.-Los hermanos pueden sentir vergüenza cuando el discapacitado se conduce de manera inadecuada en público atrayendo la atención de la gente hacia la familia.
- 16.-Los hermanos generalmente se sienten avergonzados cuando deben presentar al niño discapacitado a sus amigos, novia (o), etc.
- 17.-La notoriedad de los aparatos ortopédicos y de adaptación pueden producir vergüenza.
- 18.-Los hermanos se sienten confusos en lo que respecta a su papel como tales y como "padres sustitutos".
- 19.-Los hermanos experimentan confusión en lo que respecta a las prioridades del tratamiento para el discapacitado y sus propias necesidades.
- 20.-La confusión es mayor cuando los padres no están de acuerdo en lo que se refiere a la educación del niño discapacitado y cuando cada cual lo trata de manera diferente o con distinto grado de aceptación.
- 21.-Los hermanos pueden sentir celos que generalmente se relaciona con la injusticia o con la desigualdad en la atención que le prestan los padres.
- 22.-Algunos padres intentando compensar el sentirse defraudados por el hijo discapacitado les exigen demasiado a sus hijos normales (Schild,1976).
- 23.-Los hermanos pueden sentirse presionados a cuidar del niño discapacitado, y esto les lleva a asumir más responsabilidades que las exigidas por una relación fraterna normal (Grossman,1972).
- 24.-Los hermanos mayores generalmente soportan el peso de unas exigencias excesivas en lo que se refiere al cuidado del niño discapacitado (Breslau, Weitzman y Messenger,1981).
- 25.-En las familias grandes la presión es menor que en las familias pequeñas (Grossman,1972).
- 26.-En las familias de escasos recursos económicos la presión sobre los hermanos puede ser mayor debido a la imposibilidad de pagar servicios externos que alivien la carga de cuidar al niño discapacitado.

- 27.-Los hermanos de niños que sufren males crónicos gradualmente deben soportar el peso de atender las necesidades físicas del enfermo (Travis,1976).
- 28.-Los hermanos pueden sentirse culpables a causa de su ira, sus celos y hostilidad (San Martino y Newman,1974).
- 29.-Cuando han sido castigados por pensamientos y sentimientos negativos, los hermanos tienden a reprimir el sentimiento de culpabilidad.
- 30.-La culpabilidad se puede reflejar en un deseo exagerado de ayudar al niño discapacitado (Seligman,1983).
- 31.-El tratar de establecer una relación normal con un hermano severamente limitado puede generar un alto grado de frustración (Featherstone,1980).
- 32.-Se siente identificado con su hermano cuando es lastimado.
- 33.-Tiene dudas acerca del desarrollo de su hermano porque lo ve diferente.
- 34.-Enfatizan los aspectos normales de su hermano diagnosticado, en los medios sociales o con parientes.
- 35.-Muestra curiosidad y trata de investigar acerca de su hermano.
- 36.-Los hermanos pueden presentar las siguientes conductas para llamar la atención o buscar ser aprobados:
- Conductas regresivas: infantiles, imitar las condiciones de la discapacidad o sus síntomas, mantener síntomas de enfermedad más de lo necesario. Esto con la finalidad de llamar la atención y por sentimiento de descuido, dependencia excesiva, inmadurez emocional y enorme inseguridad.
 - Acting Out: peleas, rabietas, rehusarse a cumplir las reglas, mentir, hacer trampas, robar y faltar a clases.
 - Niño modelo: se vuelve indispensable, lleva la carga del cuidado del trabajo de la casa, escolares y deportivas muy bien. Esto es porque se siente que tiene que reparar la tristeza de tener un hermano con necesidades educativas especiales.
- 37.-Se siente aislado y no amado por los miembros de la familia.
- 38.-Se siente culpable por haber nacido normal.
- 39.-El hermano puede experimentar dolor ya que el nacimiento de su hermano ha generado tristeza y disgusto.
- 40.-El hermano teme contagiarse de la discapacidad.
- 41.-Carga temores irracionales de que algo que dijo o hizo ha causado la incapacidad de su hermano, siente culpa.
- 42.-Siente enojo y celos de los cuidados que recibe su hermano
- 43.-El hermano se solidariza con los padres ó miembros de la familia que le esten ayudando
- 44.-El hermano protege, defiende y se solidariza con el niño discapacitado.
- 45.-Si el hermano es menor que el niño con necesidades educativas especiales puede:
- Verlo como igual
 - Considerarlo un gran compañero de juegos.
 - Al crecer tiende a distanciarse de su hermano.
- 46.-Los hermanos pueden sentir resentimiento hacia el hermano que recibe tanta atención.
- 47.-Los hermanos se volverán agresivos y harán lo posible por romper la rutina familiar, esta agresión es producto del medio de sus necesidades frustradas.

48.-El hermano puede presentar frustración, coraje, resentimiento y envidia por haber tenido que ceder a las necesidades especiales de su hermano.

49.-Cuando el hermano es adolescente puede dar señales de agresividad: huir de casa por tiempos cada vez más largos, rechazar abiertamente al hermano con discapacidad, mantenerse emocionalmente aislado de la familia, criticar abiertamente la manera como los padres han manejado la situación de su hermano con discapacidad.

3.8.8 TRABAJO CON HERMANOS DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

A continuación, Powell y Ahrenhold (1991) resumen algunas notas sobre la importancia del trabajo con hermanos de niños con necesidades educativas especiales.

En la actualidad existen casos en los cuales los hermanos están mal informados acerca de la limitación. La deficiencia de la información generalmente se debe a que los padres no reconocen ni aceptan la condición del niño o a que sencillamente no están dispuestos a informar voluntariamente a sus hijos. En algunas familias, los padres pueden negarse a reconocer la condición limitante y, dado que no pueden enfrentar la situación ni reconocer la existencia, no están en condiciones de brindar apoyo a los hermanos del niño con necesidades educativas especiales, en este caso niños hipoacúsicos. Los miembros de la familia generalmente perciben la negación, la cual impone inmediatamente una barrera que les impide expresar sus comentarios o preguntas. La negación de los padres suele bloquear la comunicación, impidiendo a los hermanos sacar a flote sus inquietudes y obtener las respuestas que necesitan. La consecuencia de la negación es el silencio.

Los padres y hermanos tienen la misma necesidad de información. Al igual que los padres sienten la necesidad de conseguir todo un cúmulo de información que les ayude a adaptarse a la situación, los hermanos normales también tienen esa necesidad. La falta de información, o un conocimiento erróneo acerca de la condición limitante, puede generar preocupaciones y temores injustificados. La necesidad de información irá cambiando tanto para los padres como para los hermanos a medida que el niño discapacitado crezca, razón por la cual es necesario contar con distintos tipos de información para poder enfrentar los diversos periodos de transición de la vida del niño.

Los hermanos necesitan información concreta acerca de lo siguiente:

- *El niño con necesidades educativas especiales, (en especial sobre la condición limitante, el pronóstico y sus implicaciones).
- * Los padres
- * Los servicios que el hermano discapacitado habrá de recibir
- * El futuro

Además, los hermanos necesitan información sobre sí mismos. Necesitan comprender su función, sus responsabilidades, sus sentimientos y la forma como se verán afectadas sus relaciones con los amigos.

Es fácil hablar de proporcionar información clara y concisa a los hermanos, pero otra cosa es hacerlo. La clave radica en establecer una comunicación eficaz entre el hermano y el padre o el profesional. Los 12 puntos que aparecen a continuación sirven para mejorar la eficacia de la comunicación:

1. Escuchar activamente a los hermanos
2. Tener paciencia
3. Servir de modelos
4. Estar bien informados
5. Ser sinceros y veraces
6. Proporcionar respuestas comprensibles
7. Tener una actitud abierta
8. Equilibrar la información
9. Aprovechar la comunicación no verbal
10. Facilitar las preguntas
11. Prever las preguntas
12. Hacer seguimiento a la información

Respondiendo a la necesidad sentida de proporcionar información clara y concisa a los hermanos y de mitigar algunos de los problemas relacionados con las insuficiencias y deficiencias de la información, varios profesionales han iniciado programas especiales. Son programas creativos diseñados principalmente para los hermanos niños que reciben servicios especiales en escuelas u hospitales.

Uno de los primeros proyectos fue el iniciado por Kaplan y Colombatto (1966) para ofrecer información y programas de actividades a los hermanos de niños con retardo mental. En un programa piloto donde participaron niños con edades entre tres y cinco años en una serie de paseos y actividades enriquecedoras. Dado que los hermanos eran muy pequeños para participar en grupos de diálogos, las actividades les sirvieron de contexto para sacar a flote sus problemas y comunicar sus pensamientos y sus conceptos errados. Los niños que participaron en el programa se beneficiaron de la oportunidad de hablar tranquilamente sobre el retardo mental y de hacer preguntas al respecto.

Murphy, Pueschel, Duffy y Brady (1976) fueron los primeros en organizar talleres para los hermanos de niños con síndrome de Down.

En los talleres, los hermanos se agrupaban por edades (6-9, 10-12 y 13-18 años) para participar en charlas, presentaciones y demostraciones con profesionales de distintas disciplinas, entre los cuales habían:

1. Un médico que les explicaba el aspecto de los cromosomas y las características del síndrome de Down.
2. Un fisioterapeuta que les hablaba del tono muscular y de las actividades especialmente planificadas para ayudar a los niños con síndrome de Down a desarrollar su habilidad motora.
3. Un psicólogo que les informaba sobre las características del proceso de aprendizaje de los niños con síndrome de Down.

Además, los hermanos observaban demostraciones sobre la forma de enseñar a los niños con síndrome de Down y tenía también la oportunidad de mirar los cromosomas a través del microscopio.

Al asistir a los talleres, los hermanos se conocían con otros hermanos, veían a otros niños con síndrome de Down y tenían la oportunidad de hablar de sus problemas y sentimientos con los profesionales. Murphy y sus colegas (1976) observaron que los niños por lo general hablaban de la forma como comentaban con sus amigos el tema del síndrome de Down, del ingreso a instituciones especiales y de los problemas relativos al futuro.

Feigon (1981) creó unos grupos de intercambio de información en el Centro para Niños con Disfunciones del Hospital Michael Reese, de Chicago. Los grupos de hermanos entre los 10 y los 18 años de edad participaron en doce sesiones por un período de doce semanas. Los grupos se formaron con el objeto de proporcionar información y esblacer un sistema de apoyo para los hermanos. Durante las sesiones se informaba a los niños acerca de la limitación y se les daba la oportunidad de hablar de su familia, sus sentimientos y sus necesidades y responsabilidades sociales. Feigon aconseja que la participación en programas de este tipo sea voluntaria y que la información no se limite a una sola afección.

Lobato (1981) realizó un programa sistemático de orientación para los hermanos pequeños (4 a 7 años) de niños con distintos tipos de limitaciones (por ejemplo, síndrome de Down, parálisis cerebral, epilepsia y defectos cardíacos). Los objetivos del programa eran:

1. Proporcionar a los hermanos una información objetiva acerca de los problemas de desarrollo.
2. Ayudar a los hermanos a reconocer las cualidades y características positivas del niño discapacitado y los demás integrantes de la familia.
3. Enseñar a los hermanos a expresar de manera constructiva sus relaciones ante las tensiones familiares.

Benson (1982) ha descrito una serie de detalles para hermanos (entre los 8 y los 15 años) de niños con limitaciones del desarrollo. Los talleres se realizaron para ayudar a los hermanos a comprender las limitaciones y brindarles la oportunidad de intercambiar experiencias.

Byrnes y Love (1983) dirigieron una serie de talleres de un día bajo los auspicios del South Central Regional Center for Services to Deaf-Blind Children (Centro de Servicios para Niños Ciegos y Sordos) de Dallas, Texas. La meta principal de los talleres era suministrar información por medio de actividades creativas apropiadas para cada edad. Algunos de los objetivos concretos eran los siguientes:

1. Ayudar a despejar el halo de misterio de los niños le atribuían al programa de educación especial en el cual participaban sus hermanos discapacitados.
2. Ayudarles a comprender más claramente la limitación del discapacitado.
3. Ayudarles a comprender mejor las restricciones y frustraciones impuestas por la limitación.
4. Proporcionarles mayor conocimiento sobre los recursos de ayuda disponibles en la localidad.

Willenz-Isaacs (1983) diseñó un proyecto de información para los hermanos de niños sordos que asistían al Kendall Demonstration School del Gallaudet College, de la ciudad de Washington. Dado que la sordera impide la comunicación entre los miembros de la familia, el tema central del taller era la comunicación. Después de entrevistar a determinado número de adultos hermanos de sordos, los investigadores diseñaron un taller tendiente a cumplir con varios objetivos. "Deseaban que los hermanos de los alumnos del Kendall supieran cuan importantes son, y buscaban suministrarles información y ayudarles a mejorar la perspectiva de las relaciones con sus hermanos.

Además de los talleres, en la actualidad se están creando grupos especiales para manejar las necesidades de las personas con hermanos discapacitados.

Las metas y objetivos de los talleres deben variar de acuerdo con las necesidades de los hermanos. Sin embargo, en términos generales, los talleres deben orientarse hacia las nueve metas siguientes:

- 1.-Dar información específica acerca de la naturaleza y la causa de las condiciones limitantes.
- 2.-Dar a conocer a los hermanos los principios en que se basan actualmente los servicios para los discapacitados.
- 3.-Proporcionar información acerca de los servicios y recursos que necesitan los discapacitados.
- 4.-Dar información acerca de la función de los profesionales que trabajan con los discapacitados.
- 5.-Demostrar las técnicas de enseñanza e intervención que se emplean con discapacitados.
- 6.-Establecer con qué recursos cuenta la comunidad para brindar servicios a los discapacitados y sus familias.
- 7.-Facilitar que los hermanos compartan recíprocamente sus ideas, problemas, soluciones e información.
- 8.-Ayudar a los hermanos a crear una imagen positiva de sí mismos al reconocer lo mucho que pueden contribuir a mejorar la vida de sus hermanos discapacitados.
- 9.-Facilitar una mejor interacción entre los miembros de la familia.

El contenido del programa debe estar dirigido a proporcionar información y no orientación ni terapia. El simple intercambio de información induce a los hermanos a hablar de sus sentimientos, problemas y actitudes. Además, dentro del marco de este proceso, los sentimientos y problemas se pueden abordar de una manera positiva. También es importante reservar un lugar a las actividades de socialización y esparcimiento, especialmente durante los talleres de fin de semana. No es conveniente que el programa sea demasiado intenso ni rígido.

El contenido específico de los talleres varía de acuerdo con las metas adoptadas, la limitación sobre la cual se trabaja, la edad de los hermanos y el tiempo disponible.

Es importante abarcar los siguientes puntos:

- 1.-Limitaciones del desarrollo
- 2.-Principios en los que se basa el programa
- 3.-Servicios (educativos, médicos, sociales, económicos, legales, etc.)
- 4.-Profesionales (función de los profesionales involucrados con la discapacidad y atención del niño)
- 5.-Técnicas de intervención
- 6.-Recursos de la comunidad
- 7.-Comunicación interpersonal (problemas, sentimientos de los hermanos, ventajas y desventajas de ser hermanos, interacción con el hermano discapacitado)
- 8.-Aportes
- 9.-Comunicación familiar
- 10.-Los amigos
- 11.-El futuro

Los mejores talleres informativos son aquellos que ofrecen actividades variadas, porque las conferencias por sí solas no atraen la atención de los hermanos. Son varios los casos en que han tenido mucho éxito los talleres en los cuales se emplean las actividades recreativas como oportunidades estructuradas de interacción para los hermanos.

Algunos padres sienten aprensión de que su hijo tome parte en un taller. La mayoría desean estar seguros de que la información que allí reciba coincida con la que ellos le han proporcionado y con la forma como le han enseñado a comprender y a valorar al niño discapacitado. A fin de facilitar la decisión y lograr el compromiso de los padres, es importante darles a conocer con la debida antelación los detalles relativos a las metas, el contenido y la estructura del taller. Además, se debe ofrecer a los padres la oportunidad de que conozcan a los coordinadores de los talleres.

Los talleres deben satisfacer las necesidades de los hermanos según los diversos niveles de edad. La distribución por grupos de edades semejantes facilita el diálogo y ayuda a los participantes a concentrarse en unas necesidades comunes a todos.

Los grupos podrán ser coordinados por profesionales, hermanos adultos, padres o cualquier otro adulto interesado en hacerlo. Los coordinadores deberán conocer el contenido del taller, poder orientar el diálogo y saber presentar la información de una manera amena. Es muy conveniente contar con dos coordinadores por cada grupo.

El tamaño es una variable crítica que depende de las metas del taller informativo. Por lo general, para que los grupos sean verdaderamente productivos, no deben tener más de 20 ni menos de 5 hermanos. Los grupos ideales son aquéllos que tienen entre 10 y 12 participantes.

De ser posible, los talleres deben realizarse en los sitios donde se atiende a los discapacitados. De esta forma, los hermanos que asistan al taller podrán conocer y observar directamente los programas y los equipos.

Los programas realmente buenos son aquéllos que ofrecen constantemente una oportunidad para que los hermanos obtengan la información que necesitan. A medida que las necesidades de los hermanos cambian y ellos maduran y asimilan nuevos conocimientos, sus preguntas son cada vez más complejas. Estas necesidades cambiantes podrán llenarlas únicamente unos programas informativos amplios.

Un componente esencial de los talleres informativos es el seguimiento. Los coordinadores de los programas deben estar en contacto permanente con los participantes, a fin de evaluar hasta dónde han comprendido la información proporcionada y en qué medida la pueden aplicar.

Los talleres informativos deben ser evaluados tanto por los hermanos como por los padres. En la evaluación pueden incluirse los aspectos siguientes:

- 1.-Preguntas relacionadas con el contenido, a fin de evaluar la comprensión
- 2.-Un análisis de los aspectos positivos y negativos del programa
- 3.-Preguntas para conocer otras necesidades de información
- 4.-Sugerencias para talleres futuros

Por otro lado, dadas la naturaleza e intensidad de la relación fraterna, los hermanos proporcionan información y oportunidades para asimilar diversas habilidades motoras, sociales y de lenguaje.

Existen programas formales de enseñanza, los cuales se proponen capacitar a los hermanos para que puedan enseñar al discapacitado. También existe la posibilidad de multiplicar sus efectos, ya que los hermanos que han aprendido a enseñar generalmente transmiten sus conocimientos a los demás hermanos normales.

Los hermanos que aprenden a enseñar sistemáticamente a los n.n.e.e. llegan a:

1. Entender las frustraciones que experimentan sus padres.
2. Comprender problemas sociales y de aprendizaje a los que se enfrenta su hermano.
3. Tener expectativas más razonables y realistas respecto a su hermano discapacitado.

No se debe forzar a algún hermano a formar parte de un programa de enseñanza, debe existir supervisión sobre éste por parte de los padres y maestros de su forma de enseñanza.

Los objetivos del programa de enseñanza formal son:

1. Fomentar y consolidar la interacción positiva entre los hermanos en situaciones formales e informales.
2. Promover entre los hermanos la adopción de actitudes positivas.
3. Disminuir problemas de aprendizaje y las carencias del niño con necesidades educativas especiales, mediante el aumento de tiempo de instrucción y valiéndose de los hermanos que actúan como instructores "auxiliares".
4. Generalizar en el ámbito hogareño y entre los miembros de la familia las técnicas aprendidas de los maestros y el ámbito escolar.
5. Proporcionar un modelo a los hermanos y amigos que no han recibido preparación especial, para que puedan interactuar con el niño con necesidades educativas especiales.

Para implantar un programa de enseñanza para hermanos se toman los siguientes puntos:

1. Definir lo que se busca con el tratamiento
2. No obligar a ninguno de los niños a participar
3. Crear una atmósfera que garantice el éxito
4. Premiar a los niños por su participación en clases
5. El hermano "instructor" debe ser mayor que el niño con necesidades educativas especiales.

Un ejemplo de un programa hecho para hermanos de niños hipoacúsicos es el curso por correspondencia de la Clínica John Tracy el cuál se elaboró en base a los siguientes fundamentos: Los hermanos en edad escolar, de niños preescolares con hipoacusia, tienen necesidades únicas y especiales que merecen atención. Una de las misiones de la Clínica es atender a la familia completa.

Los padres que usan las lecciones por correspondencia han expresado preocupación acerca de sus hijos que oyen. Ellos frecuentemente preguntan cómo podrían incluir a su hermano que no oye bien, ya que usan los materiales de correspondencia y no desean que el niño que no escucha bien se sienta excluido. Los profesionistas que trabajan con familias de niños hipoacúsicos también experimentan un vacío en el área de los hermanos.

La literatura referente a hermanos de niños hipoacúsicos es mucho más limitada. Mucha de la literatura se refiere a la familia entera del niño con necesidades educativas especiales. 5 Los niños que tienen un hermano hipoacúsico tienen mucho en común con otros niños que tienen un hermano (a) con necesidades especiales. También ellos tienen algunas necesidades especiales únicas. Un estudio israelita (1986) comparó el autoconcepto del hermano del niño hipoacúsico al de los hermanos de niños normoyentes, no se encontraron diferencias significativas, aunque los hermanos de niños hipoacúsicos no incluyeron en su definición de ellos mismos que eran hermanos de un niño especial. En otro estudio comparativo de hermanos de niños con hipoacusia y sin, Schwirian (1976, citado en el marco teórico del curso para hermanos de niños hipoacúsicos de la Clínica John Tracy) encontró pequeñas diferencias en las anotaciones del autoconcepto excepto en las áreas de responsabilidad y actividad social. En estas áreas los hermanos de niños con hipoacusia su anotación fué más elevada en las áreas de responsabilidad y tuvo menos tiempo para la actividad social. A menudo los intereses expresados por los niños que tienen hermanos con necesidades educativas especiales provienen de su ignorancia acerca de la discapacidad. Ellos también experimentan una gran variedad de emociones que incluyen turbación, protección, coraje, temor, culpa y simpatía, y deben tener oportunidad de expresar sus emociones, así como aprender acerca de las discapacidades específicas a través de una variedad de intervenciones. Las necesidades de los hermanos de niños con necesidades educativas especiales merecen atención, en específico los niños que tienen hermanos hipoacúsicos experimentan problemas relacionados con la hipoacusia además de sentimientos y problemas experimentados por los hermanos hipoacúsicos. Ellos pueden ignorar lo que es la hipoacusia y experimentan formas de bloqueo de sonido en sus oídos, pueden aprender otro idioma, el lenguaje de señas, a fin de comunicarse; necesitan saber acerca de la variedad de consejos de asistencia de escuchar, ayuda a telecomunicaciones, se preocupan de perder el oído (la audición) e ignorar si sus propios hijos tendrán hipoacusia.

Los hermanos de niños con hipoacusia necesitarán entender cierta información cognitiva. Incluido en esto estará la información acerca de cómo oyen las personas, la anatomía del oído, la información acerca de la hipoacusia y algunas de las cosas conocidas que causan la hipoacusia. También es importante que se les proporcione información acerca de los consejos de asistencia usados para aminorar el impacto de la pérdida del sentido del oído y la importancia de la temprana intervención para niños con hipoacusia.

Estos hermanos también necesitan tener sus necesidades afectivas cubiertas, esto puede hacerse permitiéndoles saber que no están solos en su situación, en sus sentimientos que experimentan, proporcionándoles una vía de expresión y lo concerniente a esos sentimientos, manejándolos en una forma confidencial y sin juzgarlos. La información que se proporciona debe ser al nivel apropiado de la edad, además debe proporcionar otras fuentes a aquellos que puedan ampliar la información que se les presenta. Los hermanos de niños con hipoacusia pueden beneficiarse también con el conocimiento acerca de actividades en las que puedan participar, las que les ayudarán a conocer un poco más de cerca las experiencias de aquellos que tienen hipoacusia. Son benéficas las actividades que familiarizan a éstos a algunas leyes públicas que incluyen a las familias en el plan de intervención en programas para niños con discapacidad.

Varios libros de hermanos de niños hipoacúsicos se han escrito, algunos libros pretenden retratar como es la hipoacusia o como debería sentirse un hermano de niño hipoacúsico. Los libros para familias pueden tratar acerca de los sentimientos experimentados por los miembros de una familia específica o proporciona actualmente actividades sugeridas. Featherstone (1981, citado en marco teórico del curso para hermanos de niños hipoacúsicos de la Clínica John Tracy), discute la gran variedad de sentimientos experimentados por los diferentes miembros de la familia cuando hay en ella un niño con necesidades especiales, el impacto por la presencia de un niño discapacitado en el matrimonio, cómo puede la ayuda ser vista y el impacto de la vida de los hermanos.

Un ejemplo de actividades para hermanos y un formato para su implementación se proporciona en Lobato (1990, citado en marco teórico del curso para hermanos de niños hipoacúsicos de la Clínica John Tracy). Este libro también proporciona a los padres información acerca de la variedad de impedimentos, así como el impacto que los impedimentos pueden tener en el hermano "normal". Las similitudes de los hermanos de niños con necesidades especiales y estrategias que pueden utilizarse para ayudar a estos niños son dirigidos por Powell y Ogle (1985, citados en marco teórico del curso para hermanos de la Clínica John Tracy). También se dirige a las necesidades y sentimientos que estos niños tienen en diversos ambientes como el hogar, la escuela, y el juego.

CAPITULO 4 ACTITUDES

4.1 DEFINICION DE ACTITUD

Katz (1960) (citado en Dawes, 1983) define a la actitud como la predisposición del individuo para valorar de manera favorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos.

Las actitudes son sistemas perdurables de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos y técnicas de acción en favor o en contra de objetos sociales (Kretch, Crutchfield y Ballachey, 1978; citado en Cuevas, 1981).

Se deberá entender por sistema perdurable de evaluaciones positivas y negativas, la emisión de un juicio valorativo acerca de lo que se conoce, si es bueno o malo y si es persistente aunque pueda verse afectado por el aprendizaje.

En cuanto a los sentimientos se hace referencia a la parte o carga afectiva de la persona hacia el objeto.

Las técnicas de acción en favor o en contra, hacen referencia a la forma de actuar, o manifestación de la conducta de la persona hacia el objeto.

Por objetos sociales, se entiende a cualquier símbolo, dicho, persona, institución o cosa.

El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico (Summers, 1984).

Jones y Gerard (1990), tratan a la actitud como la resultante de la combinación de una creencia y un valor importante. Una creencia expresa las relaciones que existen entre dos categorías cognoscitivas cuando ninguna define a la otra. El sujeto y el objeto son categorías cognoscitivas y, en determinada creencia, el objeto es una característica asociada al sujeto.

El concepto de valor expresa una relación entre los sentimientos de una persona y sus categorías cognoscitivas particulares; así los valores son en parte cognoscitivos y en parte afectivos. La mayoría de los valores están condicionados por la experiencia. El valor puede ser o una actitud recién formada o una convicción básica y persistente.

En este caso la importancia del valor significa meramente que la categoría cognoscitiva que sirve como categoría asociada de la creencia funge también, como componente cognoscitivo (sujeto) del valor. La estructura que subyace a la actitud se representa claramente como silogismo.

El silogismo, que es la forma básica de la inferencia mediatizada o argumentación, consta de 3 proposiciones: las premisas (mayor y menor) y la conclusión. El término que aparece en ambas premisas recibe el nombre de término medio; el predicado de la conclusión es el término mayor y el sujeto de la conclusión es el término menor. La premisa que contiene el término mayor se llama premisa mayor y la que contiene el término menor se llama premisa menor. En cada silogismo la actitud es la conclusión y las dos premisas que la generan constituyen la estructura de la actitud. La premisa mayor de un silogismo actitudinal es un aserto de valor. La premisa menor es una creencia que une una categoría con otra.

Fishbein (1965) (citado en Jones y Gerard, 1990), propuso que las actitudes son resúmenes valorativos de las diferentes creencias de una persona acerca de un objeto o concepto. Cada creencia expresa la relación que existe entre el concepto y alguna característica asociada (nuestra premisa de creencia); la característica asociada es valorada en sí positiva o negativamente (premisa de valor). La actitud sumaria es la posición evaluativa hacia el concepto, resultante, habida cuenta de la dirección evaluativa de las creencias componentes.

Myers (1995) define a la actitud como una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se escribe en nuestras creencias, sentimientos o conducta proyectada.

4.2 COMPONENTES DE LA ACTITUD

Las actitudes según Kretch (1978) (citado en Cuevas, 1981) contienen tres componentes:

A) Componente cognoscitivo: Se incluyen creencias y conocimientos que tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso; bueno o malo; deseable o indeseable; y acerca de como se debe tratar al objeto. El componente cognoscitivo es el conocimiento que se tiene acerca del objeto.

B) Componente Emocional: Es concebido como el componente afectivo o sentimental y se refiere a las emociones y sentimientos ligados con el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares utilizados frecuentemente al estudiar los elementos de estos componentes son: amor-odio; gusto-disgusto; admiración-desprecio y otros que denotan sentimientos de tipo favorable y desfavorable.

C) Componente Connotativo: O también llamado componente a la tendencia de actuar, éste incorpora la descripción conductual del individuo para responder al objeto. Las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y afectos relativos a los objetos actitudinales.

4.3 PROPIEDADES DE UNA ACTITUD

Como una estructura hipotética, una actitud es definida por las propiedades asignadas a sus formulaciones teóricas, éstas propiedades se pueden tratar como dimensiones que pueden ser conceptualizadas y medidas en varios grados. Las propiedades de una actitud según Cuevas (1981) son las siguientes:

1.-DIRECCION: Las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables. De un lado los sentimientos, apreciaciones o tendencias positivas para la aprobación o aproximación o apoyo del objeto y en el otro lado los sentimientos, apreciaciones y tendencias negativas para evitar el objeto. La dirección es el incremento o decremento de la distancia psicológica al objeto.

2.-MAGNITUD: La magnitud o extremo de una actitud se refiere a su grado de favorabilidad o desfavorabilidad. Una designación más explícita de esta propiedad sería la magnitud afectiva, en reconocimiento al hecho de que otras propiedades pueden ser concebidas en términos de magnitud. Para la medición de las actitudes, es esta propiedad a la que más esfuerzo y apreciación se le ha dirigido, la magnitud es fácilmente confundida con la intensidad (frecuentemente no son distinguidas).

3.-INTENSIDAD: Esta propiedad se refiere a la "fuerza de los sentimientos" asociados con una actitud. Parece estar correlacionada empíricamente con los extremos en todo caso y depende tautológicamente de sus habilidades para conceptualizar los dos atributos en forma que son suficientemente distintas para generar grupos de medidas diferentes.

4.-AMBIVALENCIA: Esta propiedad se relaciona con la concepción de dirección en términos bipolares y la observación empírica de que ambos componentes favorable y desfavorable pueden estar presentes en la composición de una actitud.

5.-DIFERENCIACION: Es la característica distintiva de una actitud o la disponibilidad con la cual la persona lo expresa. Está estrechamente relacionada con la propiedad de centralización, la cual es la importancia del objeto focal de la persona.

6.-DIFERENCIACION AFECTIVA: El grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud pueden ser por sí mismos considerados como una propiedad. El término diferenciación afectiva ha sido usado para referirse al grado en el que el punto de vista de la persona hacia el objeto, está dominado por el contenido afectivo.

7.-COMPLEJIDAD COGNITIVA: Esta propiedad se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud, la riqueza del contenido ideacional o del número de ideas que la persona tiene acerca del objeto.

8.-EXTERNALIZACION: Es la característica del componente conductual, puede ser designado como el grado de manifestación de la actitud. Esta conceptualización implica que la representación de una actitud es al menos, en parte atribuible a características de la persona. Las características situacionales indudablemente juegan una parte importante, ya que la actitud es manifestada.

9.-AISLAMIENTO: Ha sido dicho que una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos (valores, creencias) o pueden estar relacionadas con tales elementos a través de asociaciones, clasificaciones, racionalizaciones, etc. El grado de aislamiento vs conexión, está referido por el término aislamiento. Realmente puede ser confundido por la complejidad cognitiva. El objeto mamá puede ser encajado en una cadena de asociaciones con distintos conceptos (mujer, hijo, protección, esposa, etc.) y por lo tanto puede constituir las definiciones de una persona acerca de mamá.

10.-FLEXIBILIDAD: Es la facilidad con la cual una actitud puede ser modificada; por una gran variedad de presiones frecuentemente esta propiedad ha sido considerada como una característica propia de algunas personas, antes que como una actitud en sí. Por otra parte, usualmente, hay algunas implicaciones de presiones para el cambio que son verdícas, ya que ellas reflejan características de lealtad al objeto focal.

11.-CONCIENCIA: Algunos escritores como French, Hovland, Janis Kelley (s/f), admiten la posibilidad de que existan las actitudes inconcientes, éstas serían la tendencia de la conducta sin el complemento fenomenológico directo, que es la actitud en la cual los componentes cognitivo y afectivo están ausentes (o no son verbalizados por la persona).

Una extensión lógica de esta noción es considerar una dimensión de grado de conciencia en la definición de una actitud, admitiendo un rango de disponibilidad conciente. Tal concepción encuentra problemas de operacionalización, esta dificultad es la de establecer criterios para detectar una actitud que es inconciente.

Las propiedades mencionadas anteriormente se refieren a características de conceptos (ideas) que han sido utilizadas para describir las actitudes.

4.4 CONSISTENCIA ACTITUDINAL

A) Consistencia interna de las actitudes

En opinión de Katz y Stotland (1959) (citados en Summers, 1984, pag 175) "la tendencia hacia la consistencia se da en su forma más vigorosa dentro de los confines de una misma actitud; ella misma trata de que sus componentes sean congruentes entre sí". Ello se debe a que los componentes de una actitud están ligados al mismo objeto, que se ha de tratar de una manera particular y no de diferentes maneras a la vez. ¿Qué prueba tenemos de que tal tendencia hacia la consistencia opera dentro de la estructura de una actitud?. Los datos se dividen en tres categorías: Predicción de las premisas a partir del conocimiento de una conclusión, distorsión de la información acerca de las premisas para que encajen en la conclusión deseada e inducción de conclusiones proporcionando premisas apropiadas.

1.-Una vez conocida la dirección de una actitud o de un comportamiento del que se pueda inferir sin dificultad alguna actitud, hemos de poder predecir que ciertas premisas se aceptarán tan prontamente que otras.

2.-Del conocimiento de la actitud, o del comportamiento relacionado con ella, tendríamos que predecir que las premisas que conducen a conclusiones inconsistentes con la actitud se volverán a interpretar o se distorsionarán.

3.-Si expusiéramos a la persona a comunicaciones persuasivas que mejoraran la probabilidad de que una premisa fuera cierta, podríamos influir en que adoptara conclusiones actitudinales apropiadas.

B) La consistencia entre actitudes

En este asunto se precisa de algún medio para detectar la interrelación y determinar cuándo una actitud influye en la validez de otra. Una manera de considerar el problema de la consistencia entre las actitudes es adoptar el enfoque correlativo; esto es, podemos empezar con una dimensión (pro-contra) actitudinal, situar a los individuos en dicha dimensión e inquirir cuál es su posición en otras dimensiones que, por teoría o por presunción, están interrelacionadas (Summers,1984).

4.5 CAMBIO DE ACTITUDES

Las actitudes se forman a través de la experiencia y, a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiadas mediante esa misma experiencia.

Para que las actitudes puedan persistir, han de sobreponerse a las presiones que compiten con ellas. Es claro que muchas de nuestras actitudes parecen poder resistir la avalancha. No obstante, entre todos los persuasores (entre los que nos contamos cada uno de nosotros, ya sea en una situación o en otra) existe la convicción de que cada creencia tiene su punto flaco y que una táctica o artimaña hábil puede cambiar si se aplica debidamente.

En su papel de científico, al psicólogo ha de interesarle el estudio del cambio de actitudes en las diversas situaciones de comunicación persuasiva porque debe esperar extraer un conjunto de variables ampliamente definidas y poder especificar hasta que punto dichas variables se encuentran con el proceso del cambio de actitudes. Con éste propósito debe descubrir por qué un mensaje tiene éxito mientras que otros fracasan y relacionan tal resultado con los principios generales subyacentes que gobiernan la adquisición de valores, la percepción de la conducta.

Para entender porque cambia la gente de opinión es esencial, para empezar, inquirir porque existen opiniones. ¿Cuáles son las funciones principales a las que sirven las opiniones? Y ¿Pueden llevar el conocimiento de estas funciones a entender el cambio de opinion?.

La actitud es una predisposición para acercarse (valorar positivamente) o evitar (negativamente) cierta clase de objetos. Las opiniones son expresiones verbales de disposiciones subyacentes. Por tanto, ya que las opiniones se definen como expresiones concretas de las actitudes, probablemente sea más apropiado indagar las funciones de las actitudes en sí.

Las actitudes tienen 2 funciones básicas:

- 1) Las actitudes promueven la economía de ajuste suministrando al individuo una base pronta para tomar decisiones y con disposiciones hacia objetos que pertenecen a ciertas categorías cognoscitivas.
- 2) Las actitudes confieren mayor estabilidad y predictibilidad, oscilan y hacen posible el intercambio preciso e intrincado que caracteriza a los seres humanos frente a los organismos inferiores.

Podemos anticipar que las tácticas para cambiar las actitudes se centrarán en cambiar o la creencia subyacente o las premisas de valor. (Jones y Gerard, 1990).

4.5.1 PERSUASION

Los esfuerzos por persuadir a veces son diabólicas, a veces benéficos; en ocasiones son eficaces, en ocasiones inútil. La persuasión no es de manera inherente ni buena ni mala. Por lo general es el contenido del mensaje el que produce juicios buenos o malos.

DOS RUTAS PARA LA PERSUASION

Los investigadores de la persuasión Richard Petty y John Cacioppo (1986) y Alice Eagly y Shelly Chaiken (1992) (citados en Myers,1995) sostienen que las personas que son capaces de pensar una cuestión y están motivadas para hacerlo son persuadidas mejor por medio de una ruta central de persuasión -una que ordena los argumentos sistemáticos para estimular el pensamiento favorable.

No son tanto los argumentos los que son persuasivos, sino lo que logran que las personas piensen.

En asuntos que no implica y no implicarán el pensamiento de las personas, funciona mejor una ruta periférica -una que proporciona claves que provocan aceptación sin mucho pensar-. En lugar de proporcionar información del producto, asocian el producto con imágenes de belleza y placer.

Todos hacemos juicios rápidos usando otros heurísticos empíricos; si un orador es articulado y atractivo tiene en apariencia buenos motivos y varios argumentos, tomando la ruta periférica fácil y aceptamos el mensaje sin pensarlo mucho.

Unos ejemplos con respecto a estas 2 rutas pueden ser los siguientes:

RUTA CENTRAL

Persuasión que ocurre cuando las personas interesadas se centran en los argumentos y responden con pensamientos favorables.

RUTA PERIFERICA

Persuasión que ocurre cuando las personas son influidas por claves incidentales, tales como el atractivo locutor (Myers,1995).

4.5.2 LOS ELEMENTOS DE LA PERSUASION

Los psicólogos sociales han explorado 3 componentes de la persuasión. Estos componentes son: 1) el comunicador, 2) la comunicación, 3) la audiencia.

1) EL COMUNICADOR

El comunicador persuasivo es, en sentido verdadero un entrenador que trata de desarrollar o cambiar el comportamiento alternando una disposición que lo controla. Puede tener una de 3 áreas: puede desear producir una actitud, cambiar el signo de una actitud existente o incrementar su intensidad. (Jones y Gerard, 1990).

EL EFECTO DEL COMUNICADOR

Los psicólogos sociales han comprobado que implica una gran diferencia quién lo dice; posiciones idénticas usando las mismas palabras, no sólo es el mensaje lo que importa, sino una clave periférica :quién lo dice.

CREDIBILIDAD

Los efectos de la credibilidad de la fuente disminuye después de más o menos un mes. Si un mensaje es persuasivo pero su fuente es olvidada o disociada del mensaje, el impacto de un comunicador de alta credibilidad disminuye. El impacto de un comunicador de baja credibilidad puede incrementarse de manera correspondiente con el transcurso del tiempo.

EXPERIENCIA PERCIBIDA

Los comunicadores creíbles son expertos y confiables. Una manera es comenzar a decir cosas con las que esté de acuerdo la audiencia, lo que lo hace a uno parecer listo. Presentado como alguien que es erudito en el tema. Otra manera de parecer creíble es hablar con seguridad, evaluarán en los términos emitidos respecto a la manera directa que se dice es característica del "hablar de los hombres" o en la manera más vascilante del "hablar de las mujeres".

CONFIANZA

El estilo de hablar también afecta la confianza aparente del orador. Gordon Hemsley y Anthony Doob (1978), descubrieron que si miraban al interrogado directo a los ojos en lugar de mirar hacia abajo, daban a las personas la impresión de ser más creíbles.

Norman Miller y sus colegas (1976) de la Universidad del Sur de California comprobando que tanto la confianza como la credibilidad aumenta cuando la persona hablan rápido. Estiman a los oradores rápidos (alrededor de 190 palabras por minuto) como más objetivos, inteligentes y conocedores que los oradores lentos.

La confianza también es mayor si la audiencia cree que el comunicador no está tratando de persuadirla (Myers, 1995).

ATRACTIVO

El atractivo varía de diversas maneras. El atractivo físico es una. Los argumentos, emociones, a menudo influyen más cuando provienen de personas hermosas.

La confirmación de la creencia por una persona diferente incrementa la confianza. Una persona distinta genera un juicio más independiente. Así, los comunicadores semejantes son más efectivos en cuestiones de valor y preferencia que en los juicios de hechos (Myers, 1995).

2) LA COMUNICACION

Es claro que no habría persuasión sin comunicación de algún tipo. La habilidad del comunicador al expresar y organizar su mensaje determina de uno u otro modo su efectividad (Jones y Gerard, 1990).

EL CONTENIDO DEL MENSAJE

No sólo importa quién dice algo, sino que dijo esa persona. Las personas bien educadas o analíticas son más sensibles a las apelaciones racionales que las personas menos educadas o menos analíticas. Las audiencias interesadas viajan por la ruta central; son más sensibles a argumentaciones razonadas. Las audiencias que se interesan poco viajan por la ruta periférica; son afectados más por el grado en que las permita el comunicador (Chaiken, 1980; Petty y cols, 1981; citados en Myers, 1995).

EL EFECTO DE LOS BUENOS SENTIMIENTOS

Los mensajes también son persuasivos cuando se les relaciona con los buenos sentimientos. Los buenos sentimientos aumentan la persuasión en parte al incrementar el pensamiento más (Petty y cols., 1991), con un buen estado de ánimo, las personas ven al mundo a través de lentes de color de rosa. También toman decisiones más rápidas y más impulsivas; se apoyan menos en el pensamiento sistemático y más en el heurístico (Schwarz y cols., 1991). Una idea inteligente es poner humor agradable a la audiencia y esperar que se sienta bien con respecto a su mensaje sin pensar demasiado en él (Myers, 1995).

EL EFECTO PROVOCA TEMOR

Los mensajes también pueden evocar emociones negativas, jugar con el temor no siempre incrementa la potencia del mensaje. Si no les dice a las personas cómo evitar el peligro, los mensajes aterrizantes pueden ser demasiado fuertes para manejarlos. Tales mensajes son más efectivos si llevan a las personas no sólo a temer sino también a creer que existe una estrategia de protección efectiva que puede seguir (Maddux y Rogers, 1983; citados en Myers, 1995).

DISCREPANCIA

El desacuerdo produce malestar, y el malestar incita a las personas a cambiar de sus opiniones. De modo que quizá un desacuerdo mayor produzca más cambio.

Cuando se dan respuestas deben de llevar un nivel alto de involucramiento. Implicarse en el asunto tiende a aceptar sólo una gama de opiniones; para las personas a las que se les contesta implica un mensaje moderadamente discrepante puede parecer descabelladamente radical, sobre todo si el mensaje sostiene puntos de vista opuestos al que se señalaba antes.

APELACIONES UNILATERALES VERSUS BILATERALES

Los persuasores enfrentan en la práctica argumentos opuestos. Reconocen que los argumentos opuestos pueden confundir a la audiencia y debilitar el caso, revelan que si las personas están conscientes de los argumentos opuestos, la presentación bilateral es más persuasiva y perdurable (Jones y Brehm, 1970; Lumsdaine y Janis, 1953; citados en Myers, 1995).

PRIMACIA

La primera línea de razonamiento predice lo más común, un efecto de primacia; la información presentada en primer lugar es más persuasiva. Las primeras impresiones son importantes.

EL CANAL DE COMUNICACION

Las actitudes arraigadas en nuestra experiencia, más que las aprendidas de segunda mano, tienen una mayor probabilidad de perdurar y de afectar nuestra conducta. En comparación con las actitudes que se forman de manera pasiva, las actitudes basadas en la experiencia son más confiables, estables y menos vulnerables a los ataques.

El canal de comunicación es el medio en que se envía el mensaje; ya sea cara a cara, por escrito, en películas o de alguna otra manera. La psicología social tiene fe en el poder de la palabra escrita. Por ejemplo: pegar avisos.

La simple repetición puede hacer las cosas creíbles. El investigador Hal Arkes (1990) considera que estos descubrimientos son "alarmantes". En cuestiones más familiares e importantes, en comunicación masiva.

El flujo de comunicación de 2 pasos: Es el proceso mediante el cual los medios másivos influyen; a menudo ocurre a través de los líderes de opinión, quienes a su vez influyen sobre los demás (Myers, 1995).

3.-LA AUDIENCIA

Es claro que la efectividad de todo mensaje se determina por su capacidad de operar en la audiencia a que ha sido destinado . Factores como la actitud de los miembros de la audiencia antes de la exposición, su grado de familiaridad con los puntos de vista opuestos, su educación, su marco y su grado de compromiso con las actitudes iniciales, influyen en el grado en que serán susceptibles a determinado mensaje. También hemos de esperar que el grado de atención que se preste al mensaje y el grado en que la audiencia se dedicará activamente a apoyarlo, a rehusarlo; determinan en parte su impacto. (Jones y Gerard, 1990).

Un rasgo particular puede incrementar un paso en el proceso de persuasión, pero obstaculizar el otro. Tomemos en cuenta la autoestima. Con frecuencia, las personas con autoestima baja tardan más en comprender un mensaje y por consiguiente son difíciles de persuadir. Los que tienen la autoestima alta pueden comprender pero permanecer seguros de sus opiniones; por lo tanto, la autoestima sola no predice de manera directa la persuasibilidad. Como conclusión se puede decir que las personas con autoestima moderada son las más fáciles de influir (Rhodes y Wood, 1992; citados en Myers,1995).

Existen 2 explicaciones para la diferencia de edad. Una es la explicación del ciclo de vida; las actitudes cambian a medida que las personas tienen más edad. La otra es una explicación generacional; en gran parte, las actitudes que las personas mayores adoptaron cuando jóvenes persisten sin cambio; debido a que estas actitudes son diferentes de las ahora adoptadas por los jóvenes, se desarrolla una brecha generacional.

La evidencia apoya la explicación generacional, como lo señala David Sears (1976, 1986), los investigadores han encontrado casi de manera invariable efectos generacionales más que efectos de ciclo de vida.

¿Qué piensan?

En la ruta central de persuasión, no es crucial el mensaje en sí, sino la respuesta que evoca en la mente de una persona. Si el mensaje evoca pensamientos favorables, nos persuade.

Las audiencias no involucradas usan claves periféricas. Las personas analíticas prefieren las rutas centrales. Las personas conscientes de su imagen se preocupan menos acerca de si están en lo correcto o equivocadas que de la clase de impresión que están causando, responden más rápido a claves periféricas tales como el atractivo del comunicador y lo agradable del entorno (Snyder,1991; citados en Myers,1995).

Elaboramos juicios instantáneos acerca de las cosas que importan poco (Johnson y Eagly,1990). Muchos experimentos han explorado formas para estimular el pensamiento de las personas; usando preguntas retóricas, presentando oradores, haciendo que las personas se sientan responsables de evaluar o pasar por alto mensajes y obteniendo la atención sin distracciones de las personas, cada una de éstas técnicas para estimular el pensamiento hacen más persuasivos a los mensajes fuertes y menos persuasivos a los mensajes débiles.

CARACTERISTICAS DEL MENSAJE IMPORTANTES PARA MODIFICAR LAS ACTITUDES

¿Quién lo dice?	¿Qué?	¿Cómo?	¿A quién?
Comunicador	Contenido de mensaje	Canal	Audiencia
Credibilidad	Razón vs emoción	Atractivo vs pasivo	Analítica o consciente de su imagen
Experto	Discrepancia	Personal vs medios masivos	Edad
Confiable	Unilateralidad vs bilateralidad		
Atractivo	Primacia vs recencia		

Estas son las variables que afectan el impacto de la comunicación persuasiva. En la vida real, éstas variables pueden interactuar, el efecto de una puede depender del nivel de la otra (Myers,op.cit.).

4.6 TECNICAS DE MEDICION Y ELABORACION DE ESCALAS DE ACTITUDES

4.6.1. DEFINICION Y TIPOS DE ESCALA

La distribución de frecuencia multivariada de un universo de atributos se llama escala, si es posible derivar de la distribución una variable cuantitativa para caracterizar los objetos de modo que cada atributo sea una función sencilla de esa variable cuantitativa. Esa variable cuantitativa es la variable escalar.

Tiene un significado inequívoco el orden de los valores del atributo. Una categoría de atributo es más alta que otra si caracteriza a los objetos en posiciones más altas en la escala. Si los datos son susceptibles de conformarse a una escala, la ordenación de los objetos y de las categorías es, en general, única.

Las escalas son relativas con respecto al tiempo y a la población:

A) En una población dada de objetos, un universo puede tener la misma susceptibilidad en dos periodos, pero presentar ordenaciones diferentes de los objetos y de las categorías.

B) Un universo puede ser susceptible de adaptarse a una escala en una población pero no en otra, o puede acontecer lo anterior en dos poblaciones pero presentar ordenaciones diferentes de los objetos y de las categorías.

C) Solamente se pueden hacer comparaciones con respecto al grado o cantidad cuando se obtiene la misma escala en los dos casos que se comparan.

Las escalas perfectas no se encuentran en la práctica:

A) El grado en que se aproximan a la perfección se mide por un coeficiente de reproductibilidad, que es la frecuencia relativa con que los valores de los atributos corresponden a los intervalos de una variable escalar.

B) En la práctica se han usado escalas perfectas del 85%, o mejores como aproximaciones eficientes a las escalas perfectas (Summers, 1984).

VALORES ESCALARES

A) ESCALAS NOMINALES: La propiedad más sencilla y fundamental de la escala numérica es la de nombrar o identificar artículos u objetos. Este uso de los numerales también es medición pero en sentido muy primitivo. Cumple con el requisito de la asignación de números según una regla. Las reglas permisibles para asignar numerales a objetos depende de las propiedades del atributo que se mide, y no de las propiedades de la escala de los números.

B) ESCALAS ORDINALES: Una segunda propiedad de la escala numérica es el orden. Es de notarse que esta propiedad supone la propiedad nominal, toda vez que se usa el mismo numeral para todos los objetos que son idénticos.

En Psicología el uso más simple de las escalas ordinales aparece cuando ordenamos un conjunto de objetos con respecto a un atributo asignándole a cada objeto un solo numeral que refleje su posición ordinal.

C) ESCALA DE INTERVALOS: Una tercera propiedad de la escala numérica, aún más restrictiva, es la de igualdad de intervalos. En escalas de intervalos, podemos transformar la nuestra por medio de cualquier función lineal positiva (la cual es una transformación más restrictiva que la función monótonica positiva admisible en la escala ordinal).

D) ESCALAS DE RAZON: Una propiedad aún más restrictiva de la escala numérica es la de igualdad de razones. En la investigación psicológica hay pocos ejemplos de atributos que podamos asegurar que tienen la propiedad de razón. Obsérvese que ninguna transformación admisible de una escala de razón cambia el punto cero de la escala, aunque esto sí sucede en una escala de intervalos (Summers, 1984).

4.6.2. MEDICION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes por no ser directamente medibles y observables, sólo pueden identificarse en forma indirecta. (Reich y Adock, 1980).

El concepto de opinión aludirá aquí a la expresión verbal de una actitud. (Wainnerman, 1976). La opinión importa tan solo en la medida en que la interpretamos como símbolo de la actitud. Por lo tanto, lo que deseamos medir es algo relacionado con las actitudes. Las opiniones se utilizan como medio para medir las actitudes.

La manera más frecuente para medir las actitudes es la de elaborar una escala con oraciones estandarizadas con clara referencia a la actitud examinada, la respuesta del sujeto está claramente definida, quedando reducida al mínimo la posibilidad de expresión personal, ya que se concreta a marcar la oración con la que está de acuerdo.

4.6.3 TECNICAS PARA MEDIR ACTITUDES

Una de las primeras técnicas de medición de las actitudes fué elaborada por Thurstone en 1929, cuyas características son:

- 1.-Es una escala de intervalos de aparición iguales.
- 2.-Las oraciones que la componen expresan posiciones separadas por intervalos iguales a lo largo de toda la escala.
- 3.-Utiliza jueces para ordenarlos en un determinado número de categorías.
- 4.-Se le asigna por parte del experimentador un peso relativo a cada reactivo.

Una escala diferente, que se hizo muy popular, fué diseñada por Lickert en 1932, sus características son:

- 1.-Escala de puntuaciones sumadas.
- 2.-Contiene una serie de oraciones referidas a la actitud que se desea medir.
- 3.-Cada ítem ya tiene un peso relativo asociado a ellos.
- 4.-La puntuación total del sujeto equivale a la suma de los valores por él atribuidos.

El diferencial semántico es otra técnica, que lleva el nombre del más importante de sus autores, fué publicada en 1957 por Osgood, Suci y Tannenbaum, sus características son:

- 1.-Mide las reacciones de las personas a palabras y conceptos de estímulo, en términos de estimaciones sobre escalas bipolares definidas por adjetivos antónimos.
- 2.-Mide la dirección de una reacción y también la intensidad.

La escala de distancia social: En 1925, Bogardus diseñó una escala de actitud, conocida como escala de distancia social. La intención original de Bogardus era la de diseñar una medida del grado de aceptación o rechazo de unos forasteros por parte de los nativos de una comunidad (Cuevas,1981).

Por otro lado, Dawes (1983) hace dos grandes divisiones sobre la medición de escalas de actitudes.

A) MEDICION REPRESENTATIVA

Siempre que un individuo responde a un estímulo, su respuesta se puede considerar como una información acerca de sí mismo, del estímulo o de la relación existente entre él y el estímulo. Cuando tal respuesta sirve de base para la medición representativa, la propiedad que se mide puede ser o una propiedad del individuo, del estímulo o de la relación entre el individuo y el estímulo.

Las técnicas empleadas para medir las propiedades de un estímulo reciben el nombre general de psicofísicas, mientras que aquellas que se emplean para medir una propiedad del individuo que responde al estímulo reciben el nombre de psicométricas. Como señaló Monser (1940), todas las técnicas de medición psicométrica se pueden aplicar a las propiedades mensurables de la gente, y de igual manera todas las técnicas psicométricas se pueden aplicar a las propiedades mensurables de los estímulos. Tal posibilidad ocurre porque la respuesta de un individuo a un estímulo se puede considerar como información ya sea respecto al individuo o al estímulo, ya sea respecto al conjunto de estímulos o de individuos que se pueden emplear como estándares para evaluar el otro conjunto. Cualquier técnica que se sirve de la gente como de estándares para medir las propiedades de los estímulos (cualquier técnica psicofísica) se puede aplicar a una situación en la cual los estímulos sirven de estándares para medir las propiedades de los sujetos (como una situación psicométrica), y viceversa. Las técnicas de magnitud y de proximidad tienen como objetivo medir las propiedades de la gente, o bien, de los estímulos solos. Por el contrario, algunas técnicas son de entrelazamiento y de despliegue que tienen el propósito de medir conjuntamente a los sujetos y a los estímulos.

Las técnicas de medición representativa requieren una relación biunívoca entre un sistema relacional empírico y otro numérico. Las observaciones condujeron a la estructuración de escalas de actitudes y éstas, a su vez, a hacer predicciones acerca de otras observaciones.

B) MEDICION DE INDICE

Las técnicas de medición de índice son semejantes a las de medición estándar o representativa en cuanto a que las escalas de medición se construyen sistemáticamente con base en la observación. Empero, a diferencia de las escalas de medición estándar, éstas no restringen otras observaciones. Al contrario, se justifican por su utilidad.

Las técnicas de clasificación son las que tratan de medir la actitud de un sujeto pidiéndole que exprese su actitud mediante una clasificación categórica o numérica. Así las escalas de clasificación constan de categorías (generalmente ordenadas), números o líneas.

El individuo cuya actitud se estima por lo común ha de escoger una sola categoría, un solo número o colocar una marca en una sola posición de una línea; a veces ha de efectuar algo más complicado; por ejemplo, indicar sobre una línea una gama de posiciones que considere aceptables.

Una de las escalas de clasificación más omnipresentes es la del diferencial semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957). Este "diferencial" consiste en un conjunto de escalas semánticas bipolares. Las escalas están ancladas en cada polo por un adjetivo que describe un aspecto del continuum semántico. El sujeto ha de clasificar un concepto colocándolo su marca en el punto del continuum donde cree que debe ir el concepto.

El propósito del diferencial semántico es estimar las connotaciones semánticas del concepto que se clasifica. Se denomina "diferencial" porque se supone que ha de mostrar en qué se diferencian los conceptos respecto a esas connotaciones según el modo de clasificar del sujeto.

Los tres tipos principales de escalas empleadas estiman las dimensiones semánticas de valoración (por ejemplo: bueno-malo), de la potencia (fuerte-débil) y de la actividad (activo-pasivo). La razón de atenerse a estas 3 dimensiones es que cierto número de estudios de análisis factorial han puesto en claro que tales factores son los que más cuentan en la connotación semántica; es decir, si sabemos cómo clasifica un concepto determinada persona basándose en esos 3 factores, podremos predecir con bastante certeza cómo lo clasificará en una amplia variedad de escalas semánticas bipolares.

Una característica particular de la técnica es que se puede emplear intraindividualmente; es decir, se puede construir un espacio semántico diferente para cada individuo en el que se represente la manera como ve los conceptos que clasifica.

Dado que la técnica se puede emplear para estimar los cambios intraindividuales de actitud, es útil en situaciones en que se trata de cambiar la actitud de un determinado individuo, en particular en psicoterapia.

La técnica de las categorías propias de Sherif y cols. (1969), permite que sea el sujeto quien forme sus propias categorías. El sujeto recibe una serie de afirmaciones respecto a un tema social; en esas afirmaciones hay un cierto grado de actitudes favorables o contrarias. Lo que se le pide al sujeto es distribuir esas afirmaciones en cierto número de pilas (categorías) de manera que:

1.-Las afirmaciones de una pila "vayan juntas" y

2.-"Las pilas indiquen graduaciones de aprobación o desaprobación respecto al tema". Además, "se toma gran cuidado en no indicar determinado número de categorías ni señalar que se prefiere cierta distribución de los elementos en las diferentes categorías".

4.7 ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON HIPOACUSIA

No es probable que todos los niños sean tan susceptibles a las actitudes que los demás adoptan hacia él, como el niño excepcional. A causa de que el niño excepcional difiere con respecto al estereotipo del niño "término medio", las actitudes de los demás niños hacia él reflejan la falta de comprensión en cuanto a diferencias individuales. Por este motivo es de radical importancia que el niño excepcional sea aceptado por sus iguales.

La actitud del niño excepcional hacia sí mismo depende en gran medida de las actitudes de quienes lo rodean (Barbe, 1973).

La mayoría de las actitudes de los niños excepcionales son muy semejantes a las de los niños ordinarios, como rabietas, desobediencia, alimentación desaliñada, pereza, frustraciones escolares y así sucesivamente; los niños hipoacúsicos no tienen el monopolio de estos problemas y debemos estar atentos para no suponer que todas sus dificultades se deben por fuerza a su hipoacusia (Bowley y Gardner, 1984).

La sociedad no es una comunidad acogedora en la que los elementos "desviantes" son automáticamente aceptados en un contexto "normal", ya que lo diferente causa temor, vacilación, vergüenza, etc. Estas actitudes negativas hacia las personas con deficiencia auditiva ha generado tratos injustos que van desde el abandono hasta la segregación, lo cual repercute en todos los ámbitos de la vida personal, social y escolar de la persona con deficiencia auditiva (Alvarado y Murga, 1995).

Una sociedad como la nuestra, que asigna tanta importancia al conformismo, plantea muchos problemas al niño excepcional. Sin embargo, dada la creciente atención que se presta al niño excepcional, se está manifestando un cambio franco. En vez de contemplar con lástima al niño excepcional, el público se interesa por comprenderlo. El público ha llegado a entender que, por lo general, el niño excepcional puede beneficiarse con una educación adaptada a su naturaleza y necesidades singulares.

La actitud más deseable frente al niño excepcional consiste en aceptarlo y comprenderlo. De esta actitud es lógico que surja la responsabilidad de ocuparse de tales niños de la manera necesaria para desarrollarlos al máximo de su potencial (Barbe, 1973).

Por último, podemos hacer una lista de las actitudes que presenta la familia del niño con deficiencia auditiva:

- 1.-Actitud de aislamiento con respecto al medio
- 2.-Segregación social
- 3.-La familia parece sensibilizada ante toda actitud de lástima, crítica o burla que pueda provenir de afuera
- 4.-La madre presenta frustración
- 5.-La madre genera una actitud exigente que la lleva a hacerse cargo del niño en forma casi excesiva
- 6.-La madre también puede demostrar una actitud permisiva hacia su hijo con una clara tendencia a la falta de límites, que lleva a que el niño muchas veces pase a funcionar como alguien que controla a toda la familia
- 7.-El padre adopta una actitud de pasividad ante la discapacidad del niño
- 8.-Los hermanos pueden adoptar una actitud hipersolícita de cuidados hacia el niño discapacitado
- 9.-Los hermanos pueden presentar celos, hostilidad, envidia, sentimientos de inseguridad, culpa, soledad, desamparo y depresión (Núñez,1991).

Por último, podemos hacer una lista de las actitudes que presenta la familia del niño con deficiencia auditiva:

- 1.-Actitud de aislamiento con respecto al medio
- 2.-Segregación social
- 3.-La familia parece sensibilizada ante toda actitud de lástima, crítica o burla que pueda provenir de afuera
- 4.-La madre presenta frustración
- 5.-La madre genera una actitud exigente que la lleva a hacerse cargo del niño en forma casi excesiva
- 6.-La madre también puede demostrar una actitud permisiva hacia su hijo con una clara tendencia a la falta de límites, que lleva a que el niño muchas veces pase a funcionar como alguien que controla a toda la familia
- 7.-El padre adopta una actitud de pasividad ante la discapacidad del niño
- 8.-Los hermanos pueden adoptar una actitud hipersolicita de cuidados hacia el niño discapacitado
- 9.-Los hermanos pueden presentar celos, hostilidad, envidia, sentimientos de inseguridad, culpa, soledad, desamparo y depresión (Núñez,1991).

CAPITULO 5. METODO

5.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

¿ La aplicación del programa de sensibilización modificará las actitudes de los hermanos de niños hipoacúsicos en los procesos de integración social ?

Para el enfoque sistémico, la familia es un sistema abierto donde la conducta de cada individuo está relacionada con los otros miembros del sistema por lo que cuando existe un cambio, todo el sistema se transforma. La llegada de un niño discapacitado a la familia genera un desequilibrio en todo el sistema.

Esta investigación se enfoca al subsistema fraterno (relación entre hermanos) ya que no hay mucha investigación sobre este. Por otra parte, autores como Powell y Ahrenhold (1991) mencionan que los hermanos de niños discapacitados experimentan sentimientos y actitudes negativas hacia el niño discapacitado, a la familia, otras personas, y hacia el mismo.

Tales sentimientos son: confusión, rechazo, vergüenza, conductas regresivas, etc. Lo que se propone es aplicar un programa de sensibilización a los hermanos para que modifique sus actitudes de forma positiva y así lograr una mejor integración social.

5.2 HIPOTESIS

5.2.1 DEFINICION CONCEPTUAL

La aplicación del programa de sensibilización modificará las actitudes de los hermanos de niños hipoacúsicos en los procesos de integración social.

5.2.2 ESTADISTICAS

H0 La aplicación del programa de sensibilización no modificará las actitudes de los hermanos de los niños hipoacúsicos en los procesos de integración social.

H1 La aplicación del programa de sensibilización sí modificará las actitudes de los hermanos de los niños hipoacúsicos en los procesos de integración social.

5.3 VARIABLES

INDEPENDIENTE: Programa de sensibilización

DEPENDIENTE: Actitudes de los hermanos hacia los niños hipoacúsicos

5.3.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

PROGRAMA DE SENSIBILIZACION: Curso para hermanos de niños hipoacúsicos diseñado en 1995 en la Clínica John Tracy en los Angeles, California, U.S.A. Los temas que incluye el curso son: Conocimientos del sentido auditivo, comunicación verbal y no verbal, sentimientos agradables y desagradables, sugerencias para ayudar al hermano hipoacúsico.

ACTITUD: Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia los hermanos hipoacúsicos, que se escriben en creencias, sentimientos o conductas proyectadas (Myers,1995), y que se pueden medir por medio de escalas de actitudes.

5.3.2 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

V.I. El desarrollo del curso

V.D. Puntaje obtenido por la escala

5.4 SUJETOS

Hermanos de niños hipoacúsicos, niñas y/o niños de 9 a 12 años de edad, con nivel socioeconómico medio y bajo, que cursen primaria o secundaria y que sus hermanos hipoacúsicos asistan a escuelas pertenecientes a GIEH (Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos).

5.5 MUESTREO

El muestreo es de tipo probabilístico intencional debido a que no contamos con suficiente población y no se pudo seleccionar al azar a los sujetos.

Para seleccionar la muestra se aplicó un cuestionario a los hermanos de niños hipoacúsicos que asisten a grupos de GIEH. El cuestionario incluyó datos generales del niño hipoacúsico y de sus hermanos (ver anexo I). De ahí se seleccionaron a los hermanos que cumplieron con las características requeridas.

5.6 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo exploratorio de campo con evaluación, desarrollo y evaluación. Es exploratorio ya que es un trabajo pionero sobre el tema.

5.7 DISEÑO DE INVESTIGACION: CUASI-EXPERIMENTAL

El diseño es cuasi-experimental con un grupo con medida antes y después (pre-test y post-test, M1-- T -- M2)

5.8 INSTRUMENTOS

* Cuestionario para seleccionar a los hermanos de los niños hipoacúsicos (Anexo I).

- Escala de actitudes tipo Lickert elaborado con base en 4 áreas: Afectivo-emotivo, Conocimiento, Integración y Apoyo fraterno (Anexo IV).
- Programa de sensibilización de la clínica John Tracy para hermanos de niños hipoacúsicos (Anexo VI).
- Cuestionario para validacion informal aplicado a padres con el objetivo de conocer la efectividad del programa (Anexo VII)

Cronograma del curso de sensibilización para hermanos de niños hipoacúsicos

SESION	OBJETIVOS	TEMAS
1	Bienvenida y generalidades de la hipoacusia	1) El hermano del niño hipoacúsico conocerá el programa y a sus demás compañeros. 2) Los hermanos se integraron al grupo. 3) Los hermanos del niño hipoacúsico identificaran las partes del oído
2	¿Cómo trabaja el oído? ¿ Qué es la hipoacusia?	4) El hermano del niño hipoacúsico conocerá el funcionamiento del oído. 5) El hermano del niño hipoacúsico conocerá lo que es la hipoacusia. 6) Los hermanos conocerán las diversas causas que provocan la hipoacusia.
3	¿ Cómo trabaja el auxiliar? ¿ Qué es la comunicación?	7) El hermano del niño hipoacúsico identificará los diferentes tipos de auxiliares y su funcionamiento. 8) El hermano del niño hipoacúsico entenderá la importancia de la comunicación. 9) Los hermanos promoverán la comunicación del niño hipoacúsico. 10) Los hermanos promoverán el juego del niño hipoacúsico.
4	Sentimientos que me gustan y que no me gustan.	11)El hermano del niño hipoacúsico expresará sus sentimientos agradables hacia su hermano hipoacúsico. 12)El hermano del niño hipoacúsico expresará sus sentimientos desagradables hacia su hermano hipoacúsico.
5	Recomendaciones para ayudar a su hermano	13)Los hermanos aprenderán diferentes tipos para ayudar a su hermano hipoacúsico. 14)Los hermanos participarán en el convivio con sus hermanos hipoacúsicos.

ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
A) Bienvenida B) Dinámica de presentación C) Aplicación de la escala de actitudes D) Exposición sobre las partes del oído E) Juego de palabras del oído F) Armar rompecabezas de las partes del oído	a) Gafetes con nombres b) Estambre c) Escala de actitudes d) Esquema del oído e) Tijeras y resistol f) Rompecabezas del oído g) Lápices	15 min. 15 min. 20 min. 20 min. 10 min. 10 min.
G) Exposición ¿Cómo trabaja el oído? H) Dinámica de las olas I) Película del sentido del oído J) El oír puede ser evaluado K) ¿Por qué mi hermano no puede oír? L) Algo para ayudar a mi hermano	h) Colores i) Bandeja con agua j) Piedras, botones y monedas k) Película, video y televisión. l) Esquema de audiograma m) Audiómetro n) Esquema del oído y sus partes o) Esquemas de auxiliares	10 min. 5 min. 20 min. 5 min. 20 min. 10 min.
M) ¿Cómo trabaja el amplificador? N) Exposición de la comunicación? O) Es importante escuchar también	p) Esquema de amplificador q) Abecedario de signos r) Revistas y tijeras s) Música y sillas t) Pandero y libros	15 min. 75 min. 25 min.
P) Dinámica de oídos tapados con algodón Q) Dinámica de empatía R) ¿Cuáles son tus sentimientos? S) Sentimientos que me gustan T) Sentimientos que no me gustan U) Expresando sentimientos	u) Algodón con vaselina v) Tarjetas con situaciones diferentes w) Colores x) Pliegos de papel bond y) Plumones	10 min. 5 min. 20 min. 20 min. 15 min. 20 min.
V) Un juego para tí W) Recomendaciones para ayudar a tu hermano X) Tú puedes ayudar a tu hermano y a otros Y) Aplicación de la escala de actitudes Z) Convivio y cierre	z) Lápices	10 min. 15 min. 15 min. 20 min. 30 min.

5.9 PROCEDIMIENTO

- 1.- Seleccionar a niños y/o niñas que tengan hermanos hipoacúsicos y que cumplan con los requisitos mencionados
- 2.- Validar y confiabilizar la escala de actitudes (anexo II y III).
- 3.- Aplicar la escala de actitudes (anexo V)
- 4.- Aplicar el programa de sensibilización para hermanos de niños hipoacúsicos

A continuación se describirá cuales fueron los cambios, adaptaciones y cronografía que se llevó para poder aplicar éste curso a los hermanos y hermanas de los niños hipoacúsicos.

En la Clínica John Tracy se elaboró un curso por correspondencia para padres de niños hipoacúsicos, "¿Qué pasa contigo?", con este curso, la clínica intentaba integrar al subsistema fraterno, dándoles a conocer acerca de la pérdida del oído, el conocer y entender sus sentimientos a través de actividades, dinámicas y sugerencias para entender dicha información.

En general se realizó una adaptación de vocabulario e imágenes, respetando el orden en que estaban distribuidos los temas. Se inició el curso con la ubicación de los hermanos de los niños hipoacúsicos en un mapa del mundo, dándoles la oportunidad de que expresaran sus dudas que tuvieran; continuó el curso con una descripción detallada del sistema auditivo, iniciando con las características físicas del oído, describiéndolo en 3 partes: oído externo, medio e interno, en este tema se incluyeron actividades de recortado y pegado sobre un esquema con flechas, un juego de unir palabras, armar un rompecabezas de las partes del oído y una sopa de letras con palabras referentes a las partes del oído, esto le sirvió al hermano del niño con hipoacusia como una evaluación de su aprendizaje.

Más adelante se incluyó el tema del viaje del sonido a través del aire, desde como viaja el sonido a través de ondas hasta llegar al cerebro traducándose al nervio auditivo. Se hizo una dinámica dejando caer piedras en una charola con agua para observar como viajaban las ondas. Se continuó con la descripción de cómo se mide el sonido.

En el siguiente tema: ¿Por qué mi hermano no puede oír?, se manejó una exposición detallada de las causas que provocan deficiencia auditiva en los tres diferentes niveles del oído, sobre todo porque contienen vocabulario poco conocido por lo hermanos de niños hipoacúsicos.

En el tema: Algo para ayudar a mi hermano, se utilizaron en la exposición la estructura de un amplificador del sonido.

Después continuó el tema de Comunicación, éste se subdividió en estrategias para facilitar la comunicación con el hermano hipoacúsico, comunicación no verbal, comunicación verbal, imágenes para comunicar, comunicación a través de palabras impresas, cómo leer. En este tema las dinámicas que se utilizaron fueron a través de convivencias y participación grupal.

Otro tema fué Escuchar también es importante, en éste se trataba de sensibilizar al hermano cubriendo sus oídos con algodón para que sintiera lo que su hermano vive.

En el siguiente apartado de Recomendaciones para ayudar a mi hermano, se incluían servicios que dentro de nuestro país no existen, por lo que se sustituyeron por estrategias conductuales que le sirvieran al hermano para ayudar al hipoacúsico.

En el tema de sentimientos se incluyó: ¿Cómo te sientes?, ¿Qué estás pensando?, Sentimientos que me gustan, Sentimientos que no me gustan, Sentimientos ambivalentes, Expresión de sentimientos. En estos se trabajaba que los hermanos identificaran los diferentes tipos de sentimientos que sentían hacia los hipoacúsicos y pudieran expresarlos de la mejor manera posible. La dinámica que se realizó consistió en representaciones de diferentes situaciones donde tenían que expresar un sentimiento y dar una explicación de él.

En el apartado Tú puedes ayudar a tu hermano y a otros niños hipoacúsicos (o con necesidades especiales), el principal objetivo es dar a los hermanos diferentes estrategias para ayudar al niño hipoacúsico o a otros niños con discapacidad.

Posteriormente se anexó un glosario con las palabras que se recomiendan son importantes conocer.

Y por último se hizo una invitación a los hermanos de los niños hipoacúsicos para escribir una carta manifestando la utilidad que cada uno de ellos percibió del curso a la Clínica John Tracy.

5.- Nuevamente aplicar la escala de actitudes para observar si sus actitudes se modificaron o no.

5.10 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Los resultados obtenidos se analizarán comparando medias, utilizando U de Mann-Whitney.

CAPITULO 6 RESULTADOS

Para comparar los resultados obtenidos del pre-test con el post-test, utilizamos la prueba U de Mann-Whitney que es una prueba alternativa de la prueba T de Student para grupos independientes cuando los resultados están en una escala ordinal.

El primer paso para el cálculo de la prueba U de Mann-Whitney es convertir todos los datos en rangos. La puntuación más baja de cada grupo se asigna al rango 1, la siguiente puntuación más baja al 2, la siguiente más baja al 3, y así sucesivamente hasta que se hayan categorizado todas las puntuaciones (Zinser, 1992).

Así obtuvimos un resultado de .821 no siendo significativo el cambio del pre-test con el post-test, debido a estos resultados son expuestos de forma cualitativa analizando sujeto por sujeto

COMPARACION DE PRE-TEST Y POST-TEST

Cuadro No.1

Variable	Número de casos	Media	Desviación estándar	Valor T	2-Tail Prob
Actitud pre-test	17	111.4118	9.287	-.23	.821
post-test	17	112.1176	11.439		

En la presente tabla se observa que la media y desviación estándar que tienen el pre-test es un puntaje menor que el registrado en post-test, como una consecuencia de esto el valor t da un puntaje negativo y el resultado final .821 sólo permite rechazar la hipótesis alterna y por lo tanto se acepta la hipótesis nula; lo cual lleva a pensar que se hace necesario tomar en cuenta otras variables (edad, género, nivel socioeconómico, tipo de familia, etc.) para reconocer el efecto del hermano.

ANALISIS DE RESULTADOS POR AREAS

Los resultados obtenidos por un análisis comparativo pre-test post-test de cada una de las 4 áreas son:

CUADRO No.2

Area 1 (Afectivo-Emotivo)

Variable	Número de casos	Media	Desviación estándar	Valor T	2-Tail Prob.
Area 1 pre-test	17	22.0000	2.806		
post-test	17	21.1176	3.689	.85	.405

En el área 1 (Afectivo-Emotivo) encontramos que no hay un cambio significativo, esto fué principalmente porque obtuvimos un decremento de los puntajes en relacion a la segunda evaluación.

Con éste resultado podemos inferir que de alguna manera el conocer más acerca de su hermano hipoacúsico los hizo dudar con respecto a lo que sentian, sobre todo al aceptar que una persona especial tiene necesidades especiales. Después del curso la mayoría de los niños aparentemente modificaron sus emociones hacia el rechazo y desinterés en la relación con el hermano hipoacúsico, no promoviendo la integración del mismo. Este dato se podría considerar contradictorio al incrementar los puntajes del área 4 (Apoyo fraterno), que más adelante veremos.

CUADRO No.3

Area 2 (Conocimientos)

Variable	Número de casos	Media	Desviación estándar	Valor T	2-Tail Prob.
Area 2 pre-test	17	33.0000	4.444		
post-test	17	33.7647	5.007	-.43	.673

No se encontró un cambio significativo como se puede observar en el cuadro anterior (No. 3).

En la 2a área (Conocimiento) la mitad de los hermanos incrementaron los puntajes, pero no se encontró un cambio significativo. Podemos reconocer que los hermanos que incrementaron su puntuación en la segunda evaluación eran aquellos que no están muy involucrados con la rehabilitación del hermano hipoacúsico, además que ésto nos hace inferir que forman parte de una familia que aún vive un período de adaptación y aceptación hacia el niño hipoacúsico. Los hermanos que decrementaron su puntaje están más informados sobre la rehabilitación del hermano hipoacúsico pero después del curso podemos inferir que les faltó información que les permitiera conocer más acerca de las capacidades y discapacidades del hermano hipoacúsico.

CUADRO No.4

Area 3 (Integración)

Variable	Número de casos	Media	Desviación estándar	Valor T	2-Tail Prob.
Area 3					
Pre-test	17	20.1176	2.913		
Post-test	17	20.4706	2.649	-.47	.645

No se encontró un cambio significativo en ésta área, como lo muestra el cuadro No.4.

En el área 3 (Integración) no se encontró un cambio significativo ya que la mayoría decremento el puntaje de la segunda evaluación. En ésta área fué la única que no registró diferencia de puntaje en tres hermanos de la primera a la segunda evaluación; fueron hermanos que conocían a niños hipoacúsicos, así como reconocían las capacidades que tienen para integrarse a su medio. Los niños que incrementaron su puntaje tienen una actitud para favorecer el proceso de integración social al reconocer en el hermano hipoacúsico capacidades y habilidades para poder integrarse al medio social.

CUADRO No.5

Area 4 (Apoyo Fraternal)

Variable	Número de casos	Media	Desviación estándar	Valor T	2-Tail Prob.
Area 4					
Pre-test	17	36.2941	4.858		
Post-test	17	36.7947	4.480	-.41	.685

No se encontró un cambio significativo en ésta área, observándose en el cuadro No.5.

En el área 4 (Apoyo fraternal) los resultados fueron diferentes que en otras áreas, ya que se encontró un incremento en más de la mitad de los hermanos en la segunda evaluación, esto fué un dato muy importante ya que de alguna manera da un indicador connotativo de la actitud, relacionado a la forma de comportamiento, para favorecer el proceso de interacción social al tener la forma o pistas de cómo ayudar o apoyar al hermano hipoacúsico. Este resultado es especial, ya que los niños que incrementaron el puntaje en ésta área fueron los mismos que aparentemente modificaron sus emociones hacia el rechazo, pero tienen una actitud positiva al reconocer las habilidades y la forma de cómo servir de guía en los momentos en que lo necesita el hermano hipoacúsico.

Después del análisis de todas las áreas es importante señalar que se encontró a cuatro niños poco participativos que decrementaron el puntaje en las 4 áreas, se puede inferir un desinterés o indiferencia hacia su hermano hipocúsico, o también un estado de shock emocional y negación de la discapacidad de su hermano hipocúsico. Además se encontraron tres hermanos con buena participación, registraron un decremento en las 4 áreas, cabe señalar que dos de estos eran hermanos entre si de un niño hipoacúsico, el cuál podría ser más apoyado después del curso en el proceso de interacción social.

Se puede concluir de éste análisis por área es que el cambio de actitudes se promueve más que por un curso de sensibilización por el conocimiento, apoyo, aceptación y esfuerzo de todo el sistema familiar.

ANALISIS DEL CUESTIONARIO APLICADO A PADRES DESPUES DEL CURSO

El análisis de las respuestas obtenidas del último cuestionario aplicado a los padres es:

PREGUNTA 1 ¿Ha comentado su hijo lo sucedido en las reuniones?

TOTALES: SI = 17 NO = 0

COMENTARIOS:

- 1.-Las partes del oído
- 2.-Significado de la hipoacusia y porque nacen sordos los niños
- 3.-Las dramatizaciones que hicieron
- 4.-Cómo tratar al niño sordo
- 5.-Que se pueden comunicar bien con sus hermanos
- 6.-Su nombre a señas
- 7.-Los juegos que hacen
- 8.-De un libro que están trabajando
- 9.-Un repaso que tenía que hacer con su hermano
- 10.-Algunas si les gustaron
- 11.-Hacían preguntas de lo que aprendió
- 12.-Como convivir, apoyar, ayudar y enseñarle a su hermano
- 13.-Porque se le daba más atención a su hermana que a ella
- 14.-Que le taparon los oídos y que vieron una película

PREGUNTA 2 ¿Parece que su hijo disfrutó de las reuniones?

TOTALES SI = 17 NO = 0

COMENTARIOS:

- 1.-Le gustó mucho
- 2.-Safía muy alentada y contenta para seguir mejor con su hermana y porque estaba aprendiendo algo nuevo
- 3.-Le parecieron bien e importantes
- 4.-La primera vez no le gustó pero después si
- 5.-Porque vió cosas diferentes y conoció gente diferente
- 6.-Conoció porque estaba así su hermana

PREGUNTA 3 ¿Cree que su hijo aprendió en el taller?

TOTALES SI = 16 NO = 1

COMENTARIOS:

- 1.-A comunicarse y entenderse para tener más unión con su hermana
- 2.-Sobrelleva más a su hermano y ve más clara su situación
- 3.-Pensaba que uno quería más a su hermano y ya entendió que no
- 4.-A convivir con otros niños y distraerse
- 5.-Se sigue comportando igual
- 6.-Las partes del oído
- 7.-Le hace falta asistir a otro porque siente que le hacemos más caso a su hermana

PREGUNTA 4 ¿Hay alguna actividad que haya causado una fuerte impresión en su hijo?

TOTALES SI= 9 NO = 8

COMENTARIOS:

- 1.-Cómo distraerse rompiendo periódico y aventándolo uno con otro
- 2.-Cuando hacen obras de cómo los tratan
- 3.-El video
- 4.-Las partes del oído que tenemos dentro
- 5.-Cuando le taparon los oídos dijo que se quería volver loco porque no escuchaba nada

Después de la aplicación del cuestionario se afirma que no hay una consistencia interna de la actitud en relación a la dirección del comportamiento de una persona, en éste caso los hermanos de lo niño hipoacúsico. Los datos estadísticos que se encontraron en la comparación del pre-test y el post-test hace suponer que las conductas expresadas a los niños hipoacusicos serían diferentes a las que reportan los padres. Por lo tanto, del resultado de éste cuestionario sólo podemos concluir que el cambio de actitud se puede ir modificando con el paso del tiempo después de haber, por el momento se generó en los hermanos una serie de dudas, pero de alguna manera se mejoraron los procesos de relación entre el niño hipoacúsico y su hermano mayor.

ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS

Cuadro No.6

Reactivos	Valores Esperados	Puntaje Total
Area 1 Afectivo Emotivo 7	4	28
Area 2 Conocimientos 13	4	52
Area 3 Integración 7	4	28
Area 4 Apoyo Fraterno 11	4	44

En éste cuadro se resume los puntajes esperados para cada una de las áreas de acuerdo con la cantidad de reactivos incluidos en el cuestionario por área y la calificación ponderada para cada reactivo.

SUJETO No. 1

EDAD: 9 años

Nuestro sujeto No. 1, en el área Afectivo-Emotivo cambio positivamente, aumentando su puntaje de 16 a 25 de un total de 28, así mismo también variando su tipo de respuesta de desacuerdos simples a acuerdos simples también de desacuerdos simples a acuerdos simples también cuando la afirmación tiene sentido positivo y viceversa cuando la afirmación es negativa; modificando sus emociones hacia la aceptación y preocupación ante la relación con su hermano hipoacúsico, promoviendo así la integración familiar del niño hipoacúsico.

En el área de Conocimiento se registró un decremento del puntaje de 37 a 30 de un total de 52, observando en el pre-test puntuaciones extremistas y variándolas en el post-test dándose cuenta que hay mucha información de la hipoacusia que no conoce y que existen actividades en las que los niños hipoacúsicos necesitan más ayuda que en otras.

En el área de Integración se registró un decremento de 19 a 18 de un total de 28, en ésta área se observó lo mismo que en las anteriores de acuerdo a sus respuestas extremistas, pudiendo reconocer el hermano del niño hipoacúsico el concepto de integración al compartir un espacio físico e interacciones en el ámbito escolar, familiar y social; así como también analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con los niños hipoacúsicos.

Por último en el área de Apoyo Fraterno observamos cambios positivos incrementando el puntaje de 32 a 39 de un total de 44, en ésta área fue donde se observó más cambios hacia un totalmente de acuerdo, por lo que podemos inferir que él como hermano mayor puede apoyar, ayudar y motivar al aprendizaje al hermano hipoacúsico sirviéndole como modelo.

OBSERVACIONES

En el curso, el niño durante las primera sesión se mostró muy tímido retraído y fué el menos participativo, conforme pasaron las sesiones, el sujeto llegaba más animado al grupo, hasta corriendo, platicaba con sus compañeros y en todas las sesiones participaba.

SUJETO No. 2

EDAD: 9 AÑOS

Nuestro sujeto No.2, en el área Afectivo – Emotivo cambio positivamente aumentando su puntaje de 16 a 21 de un total de 28, así como también variando su tipo de respuestas de desacuerdos simples a totalmente de acuerdo cuando la afirmación tiene un sentido positivo y viceversa cuando la afirmación es negativa modificando sus emociones hacia la aceptación y preocupación ante la relación con su hermano hipoacúsico, promoviendo así la integración familiar del niño hipoacúsico.

En el área de conocimientos se registró un decremento, del puntaje de 35 a 33 de un total de 52, observando en 3 reactivos un cambio de totalmente en desacuerdo a totalmente desacuerdo, nosotras inferimos que el sujeto requería más información con respecto a la habilidades que puede desarrollar su hermano hipoacúsico y tal vez quedo con algunas dudas que no nos expuso.

En el área de Integración se registro un decremento de un punto de 24 a 23 de un total de 28, obteniendo un puntaje alto, reconociendo que su hermano hipoacúsico tiene muchas posibilidades de compartir espacios físicos e interactuar con otra personas en ambientes escolar, familiar y social, así como reconociendo que su hermano puede ser aceptado y/o rechazado en estos.

Por último en el área de Apoyo Fraternal se encontró el incremento más notorio de nuestro análisis de éste sujeto, ya que se obtuvo una puntuación de 34 a 39 de un total de 44, con esto podemos decir que el curso pudo mostrarle las habilidades que puede desarrollar, así como las limitaciones del niño hipoacúsico. Se observo más cambios hacia un totalmente de acuerdo, por lo que podemos decir que el hermano mayor puede apoyar, ayudar y motivar el aprendizaje del hermano hipoacúsico sirviéndole como modelo.

OBSERVACIONES.

La niña estaba molesta al llegar al curso con su papá, le grito en la entrada diciendo "No papá" cuando éste le daba un cuaderno y una pluma. Su cambio fué muy rápido, ella se integró al grupo participando constantemente así como haciendo amigas dentro del grupo.

SUJETO No. 3

EDAD: 10 años

Nuestro sujeto No.3, en el área Afectivo- Emotivo registro un decremento del puntaje de 24 a 23 de un total de 28, estas puntuaciones no están muy alejadas del total. El tipo de respuestas sólo vario en 2 reactivos aumentando de acuerdo simple a totalmente de acuerdo y decrementando totalmente de acuerdo a acuerdo simple, esto quiere decir que nuestro sujeto experimenta emociones de aceptación e interés Hacia el niño hipoacúsico, con quien manifiesta emociones y sentimientos al compartir experiencias mutuas. Puede ser que éste sujeto promueva y favorezca la integración familiar de niño hipoacúsico.

En el área de Conocimiento se registro un incremento de 22 a 24 de un total de 28, el cambio se debió a un reactivo que cambio de totalmente en desacuerdo a un acuerdo simple, pudiendo reconocer el hermano del niño hipoacúsico el concepto de integración; al compartir un espacio físico e interacciones en el ámbito escolar, familiar y social, así como también analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño. hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal observamos un decremento de 37 a 35 de un total de 44, en ésta área se encontraron el mismo tipo de respuestas extremistas que en las áreas anteriores o cambiando de un totalmente de acuerdo a un totalmente en desacuerdo.

Así como infiriendo que a pesar de ser una hermana una hermana mayor le cuesta un poco de trabajo aceptar que ella puede facilitar y motivar el interés, así como también el aprendizaje del niño hipoacúsico.

OBSERVACIONES:

En todas las áreas subió, éste sujeto llegó al curso junto con una hermana mayor de la cual no se despegó hasta sentirse más en confianza y hacer amistad con sus compañeras, a pesar de ello su participación podría haber sido mejor.

SUJETO No. 4

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto No. 4, en el área Afectivo – Emotivo decremento de un puntaje de 22 a 17 de un total de 28, modificando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo y acuerdos simples a totalmente en desacuerdo y desacuerdos simples. Puede ser que después del curso y de haber conocido más acerca de su hermano hipoacúsico se pudo dar cuenta de que necesita un trato especial en algunas cosas y esto le hizo sentir alguna inseguridad. Así como también las emociones que experimento fue más hacia una preocupación y desinterés. Puede ser de que éste sujeto no favorezca o promueva el desarrollo e integración del niño hipoacúsico.

En el área de Conocimientos se registró un incremento del puntaje de 29 a 39 de un total de 52, el cambio encontrado se debe al tipo de respuestas de totalmente en desacuerdo y desacuerdo simple a totalmente de acuerdo y acuerdo simple, observando que la información obtenida en el curso le hizo conocer mejor al niño hipoacúsico, así como conocer y comprender en que actividades necesita ayuda y en cuales no.

En el área de Integración se registró un incremento de 19 a 21 de un total de 28, en ésta área se observo un aumento en el tipo de respuesta hacia totalmente de acuerdo, con esto se puede inferir que nuestro sujeto después del curso pudo entender mejor el concepto de integración al compartir un espacio físico e interacción en el ámbito escolar, familiar y social; así como también analizar más positivamente la aceptación o no de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en área de Apoyo Fraternal observamos cambios positivos incrementando el puntaje de 31 a 32 de un total de 44, en ésta área se observo lo mismo que en las anteriores de acuerdo a sus respuestas extremistas y cambios hacia un totalmente desacuerdo, por lo que se puede inferir que él sujeto como hermano mayor puede ayudar, apoyar y motivar el aprendizaje del hermano hipoacúsico sirviéndole como modelo.

OBSERVACIONES:

Nuestro sujeto No. 5 aumentaron todas sus área después de haber tomado el curso, cuando llegó éste chico se mostraba indiferente y poco participativo, con el avance del curso se incremento su participación, así como también tuvo la confianza de hacer algunas preguntas específicas respecto a cada tema.

SUJETO No. 5

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto No.5 en el área Afectivo – Emotivo cambio positivamente, aumentando su puntaje de 22 a 23 de un total de 28, su tipo de respuesta es extremista en las dos evaluaciones tendiendo hacia el totalmente de acuerdo, indicando que las emociones que experimenta con respecto hacia el niño hipoacúsico son de aceptación preocupación e interés. La relación con el niño hipoacúsico son positivas y promueven el desarrollo e integración familiar.

En el área de Conocimiento se registró un incremento del puntaje de 33 a 39 de un total de 52, encontrando un cambio en el tipo de respuesta hacia acuerdos simples y totalmente de acuerdo, observando que después del curso el niño pudo conocer cosas nuevas acerca del niño hipoacúsico, con esto el nuestro sujeto reconocerá que cosas puede hacer el niño hipoacúsico y en cuales necesita ayuda.

En el área de Integración se encontró un incremento de 19 a 23 de un total de 28, el cambio que se registró en el tipo de respuesta de totalmente en desacuerdo y acuerdo simple a totalmente de acuerdo, pudiendo reconocer el hermano del niño hipoacúsico el concepto de integración al compartir un espacio físico e interactuar en el ámbito escolar, familiar y social; así como también analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal observamos cambios positivos incrementando el puntaje de 31 a 32 de un total de 44, en esta área se observó lo mismo que en las anteriores de acuerdo a sus respuestas extremistas, y cambios hacia un totalmente de acuerdo, por lo que se puede inferir que él como hermano mayor puede apoyar, ayudar y motivar el aprendizaje al hermano hipoacúsico sirviéndole como modelo.

OBSERVACIONES:

Este sujeto aumento en todas las áreas, cuando llegó al curso se mostraba indiferente y poco participativo, con el avance del curso se incremento su participación, así como también tuvo la confianza de hacer algunas preguntas específicas respecto a cada tema.

SUJETO No. 6

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto No.6 en el área Afectivo – Emotivo decremento su puntaje de 26 a 21 de un total de 28, cambiando su tipo de respuestas de un totalmente de acuerdo a un acuerdo simple y un totalmente desacuerdo, modificando sus emociones hacia un rechazo o desinterés, experimentando un sentimiento de inseguridad al reconocer que el niño hipoacúsico es especial y al mismo tiempo requiere de apoyo para algunas cosas; por la inseguridad que experimenta podría decirse que éste sujeto no promueve el desarrollo y la integración del niño hipoacúsico.

En el área de conocimiento observamos un decremento del puntaje de 38 a 25 de un total de 52, modificando su tipo de respuesta de un totalmente de acuerdo a un acuerdo simple y totalmente en desacuerdo, con esto se puede inferir que el sujeto 6 se quedo con algunas dudas que no expreso y que hay mucha información de la hipoacúsia que no conoce, además que existen actividades en las que los niños hipoacúsicos necesitan más ayuda que en otras.

En el área de conocimiento se registró un decremento de 21 a 20 de un total de 28, en esta área se observo el decremento menor en comparación con las otras áreas, esto nos hace inferir que le quedaron dudas al sujeto con respecto al concepto de integración, ya que éste implica no sólo compartir un espacio físico sino que además se requiere de una interacción en los diferentes ambientes como puede ser el escolar, familiar y social, así como también la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal observamos un decremento en el puntaje de 41 a 33 de un total de 44, en ésta área como en todas las anteriores el sujeto registró un decremento en el post-test, en ésta área además podemos inferir que el sujeto no cree que sea posible que él motive el interés y facilite el aprendizaje, no cree poder ser modelo de un niño hipoacúsico.

Observaciones:

Esta niña es hermana mayor de una niña normoyente así como también de uno hipoacúsico, llevo muy motivada y participativa al curso y durante todas las sesiones.

SUJETO No. 7

EDAD:10 años

Nuestro sujeto No. 7 en el área Afectivo – Emotivo se registró un decremento del puntaje de 21 a 12 de un total de 28, el cambio fue de decremento en todos los reactivos de totalmente de acuerdo y acuerdo simple a desacuerdo simple y totalmente desacuerdo, a nuestro sujeto la información proporcionada en el curso lo hizo experimentar un sentimiento de inseguridad, inferimos que con respecto a su hermano hipoacúsico ahora siente rechazo y desinterés, además que no promueve el desarrollo y la integración del niño hipoacúsico.

En el área de Conocimientos se registró un decremento del puntaje de 38 a 28 de un total de 52, observando en el post-test un mayor tipo de respuestas de desacuerdo simple o totalmente en desacuerdo, también cuando la afirmación tiene un sentido positivo y viceversa cuando la afirmación es negativa, podemos inferir que el sujeto se dio cuenta de que existe mucha información de la hipoacúsia que podría conocer, ya que esto le serviría para reconocer que existen actividades que los niños hipoacúsicos pueden hacer solos y en cuales necesitan ayuda.

En el área de Integración se registró un decremento de 18 a 17 de un total de 28, se modifico el tipo de respuestas en casi todos los reactivos decrementando de acuerdos simples a totalmente en desacuerdo, después de el curso el sujeto no alcanzó a reconocer o no le quedo claro el concepto de integración, ya que éste se refiere no sólo a compartir un espacio físico sino que además se requiere de una interacción en los ámbitos escolar, familiar y social; así como también analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal observamos lo mismo que en las demás áreas, un decremento del puntaje de 31 a 30 de un total de 44, el tipo de respuesta que se registró en ésta área incluye de acuerdo simple, desacuerdo simple y totalmente en desacuerdo, por lo que podemos inferir que no cree que él pueda ser el motivador al interés y facilitar el aprendizaje, desempeñando el papel de modelo de un niño hipoacúsico.

OBSERVACIONES:

Nuestro sujeto cambio en casi todas las área en el post-test, decrementando el puntaje; llegó poco motivado al curso y generalmente esa fue su participación durante el mismo.

SUJETO No. 8

EDAD: 9 años

Nuestro sujeto No. 8 en el área Afectivo – Emotivo registró un decremento en el puntaje de 22 a 19 de un total de 24, así como también cambio el tipo de respuesta de totalmente de acuerdo a desacuerdo simple y totalmente en desacuerdo, experimentando sentimientos de inseguridad con respecto a su hermano hipoacúsico, modificando sus emociones hacia un rechazo y desinterés ante la relación con el niño hipoacúsico, no promoviendo la integración familiar del niño.

En el área de Conocimiento se registró un decremento del puntaje de 30 a 23 de un total de 52, cambiando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo y desacuerdo simple a acuerdo simple y totalmente en desacuerdo, observando que la información recibida le generó tal vez más dudas o se dio cuenta que existe más información sobre el tema, además de que existen actividades en las que los niños necesita más ayuda que en otras.

En el área de Integración se registró un decremento del puntaje de 19 a 16 de un total de 28, cambiando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo y desacuerdo simple a desacuerdo simple y totalmente en desacuerdo, en ésta área se puede inferir que el sujeto No. 8 no le quedo claro el concepto de integración que se refiere más que al compartir un espacio físico a la interacción en los ambientes escolar, familiar y social; así como también al analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal observamos cambios de decremento en el puntaje de 41 a 39 de un total de 44, variando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo a acuerdos simples y totalmente en desacuerdo, en ésta área así como en las demás hay un decremento del puntaje, pero también es la única en la que se presenta un mayor tipo de respuestas que indican un totalmente de acuerdo, con esto podemos inferir que con más información o estrategias de actividades, el sujeto podría llegar a creer que es una persona que motiva el interés y facilita el aprendizaje, sirviéndole de modelo al niño hipoacúsico.

OBSERVACIONES:

No cambio mucho el tipo de respuestas pero todas las área decremento el puntaje, fué una niña que llegó con poco interés y motivación al curso pero en general se mantuvo igual durante el mismo.

SUJETO No. 9

EDAD: 11 años

Nuestro sujeto No. 9 en el área Afectivo – Emotivo registró un decremento del puntaje de 25 a 20 de un total de 28, así como también variando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo y acuerdo simple cuando la afirmación tiene un sentido positivo y viceversa cuando la información es negativa. Podemos inferir con esto que después del curso el sujeto No.9 experimento un sentimiento de inseguridad al conocer que el niño hipoacúsico es especial y además tiene algunas necesidades para las cuales requiere de una ayuda especial, se modificaron sus emociones hacia un rechazo y desinterés en la relación con el niño hipoacúsico, no promoviendo la integración familiar del mismo.

En el área de Conocimientos se registró un incremento del puntaje extremista y variándolas en el post-test de desacuerdo simple a acuerdo simple, dándose cuenta que hay mucha información de la hipoacusia que no conoce y que existen actividades en las que los niños hipoacusicos necesitan ayuda más que en otras.

En el área de integración se registró una constante en las puntuaciones de 18 a 18 de un total de 28, aquí observamos que el concepto de integración no quedo claro o falto información para que nuestro sujeto pudiera definir no sólo como compartir un espacio físico sino además como promover una interacción en los ambientes escolar, familiar y social, así como también el analizar la aceptación o rechazo de la gente que rodea y convive con el niño hipoacúsico.

Por último en el área de Apoyo Fraternal así como en las otras áreas se registró un decremento de 35 a 31 de un total de 44; variando su tipo de respuesta de totalmente de acuerdo a acuerdo simple y desacuerdo simple, en específico aquí podemos inferir que el sujeto no cree ser motivador de interés ni facilitar el aprendizaje como modelo de un niño hipoacúsico.

OBSERVACIONES:

En todos los reactivos del post-test cambio su tipo de respuesta, En el pre-test presento respuestas extremistas y en el post-test vario incluyendo acuerdos simples y desacuerdos simples cuando las afirmaciones tenían un sentido positivo y viceversa cuando la afirmación era negativa, éste sujeto llegó poco motivado y mostrando poco interés, pero en el transcurso se incremento mucho su participación.

SUJETO No. 10

EDAD: 10 años

Nuestro sujeto No. 10 en el área Afectivo-emotivo tuvo un decremento de un punto de 21 a 20 de UN total de 28, cambiando su tipo de respuesta en dos reactivos de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; por lo que el puntaje es alto podemos decir que su actitud es positiva presentando emociones de aceptación y preocupación compartiendo experiencias mutuas con su hermano hipoacúsico, promoviendo el desarrollo y la integración familiar del niño hipoacúsico.

En el área de conocimientos se registró un decremento del puntaje de 36 a 31 de un total de 52, cambiando en dos reactivos su respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, por lo que podemos inferir que el niño se dio cuenta que hay otra información que no conoce y que hay actividades en las que los niños hipoacúsicos necesitan más ayuda que en otras.

En el área de Integración se registró un decremento de 25 a 22 de un total de 28, cambiando en un reactivo su respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, infiriendo lo mismo que en la anterior área, dándose cuenta que el puntaje es alto tomando actitudes positivas hacia compartir un espacio físico como a la interacción que se produce en el ambiente escolar, familiar y social.

Para finalizar, en el área de Apoyo fraterno se registró un aumento de 40 a 43 de un total de 44, faltando solo un punto para obtener el puntaje máximo, observando en un reactivo un cambio de respuesta de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; por lo que podemos decir que ella como hermana mayor desempeña un papel importante siendo un modelo para su hermano hipoacúsico motivando y facilitando su aprendizaje.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

La niña al principio se mostró tímida, conforme pasaron las sesiones se integró bien al grupo, participaba y era atenta a las exposiciones.

SUJETO No. 11

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto número 11 presenta en el área Afectivo-emotivo un decremento de un punto de 20 a 19 de un total de 28, sus respuestas son extremistas, es decir, totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, no es una puntuación baja por lo que podemos decir que experimenta emociones de aceptación e interés y comparte experiencias con el hermano hipoacúsico, promoviendo así el desarrollo y la integración familiar de éste.

En el área de conocimientos se registró un incremento de diez puntos de 26 a 36 de un total de 52, cambiando su respuesta en 5 reactivos de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, podemos decir que nuestro sujeto adquirió más conocimientos en el curso acerca de la hipoacusia.

En el área de Integración se observó un decremento de 21 a 16 puntos de un total de 28, cambiando su respuesta en tres reactivos, dos de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y 1 de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; podemos decir que nuestro sujeto se dio cuenta que la información que poseía era incorrecta y el nivel de integración de su hermano hipoacúsico es bajo tanto en el ambiente escolar, familiar y social.

Por último en el área de Apoyo fraterno podemos observar respuestas extremistas que son de totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, registrando un aumento de 38 a 43 puntos de un total de 44, cambiando su respuesta en dos reactivos de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; por lo que la puntuación es elevada, nuestro sujeto demuestra ser un modelo del hermano hipoacúsico facilitando el aprendizaje, el interés y la motivación.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

La niña llegó muy tímida al grupo, en las primeras dos sesiones se presentó aislada del grupo, participaba cuando se le preguntaba directamente, y en forma voluntaria no lo hacía, llegó a hacer amistad solo con dos compañeras.

SUJETO No. 12

EDAD: 11 años

En la primera área que es la Afectivo-emotivo nuestro sujeto No. 12 presentó un aumento de 25 a 27 puntos de un total de 28, la puntuación es alta por lo que experimenta emociones de aceptación e interés en relación con su hermano hipoacúsico y compartiendo experiencias positivas promoviendo el desarrollo y la integración familiar del niño hipoacúsico.

En el área de conocimientos se presentó un incremento de 33 a 37 puntos de un total de 52, teniendo respuestas variadas y aumentando sus conocimientos durante el curso acerca de lo que es la hipoacusia y como ayudar a su hermano en actividades que le sean difíciles de realizar.

En el área de integración se registró un puntaje de 24 en el pre-test y post-test de un total de 28, presentando una buena interacción con el hermano hipoacúsico, una buena aceptación de los que lo rodean y conviven con él, compartiendo espacios físicos dentro del ambiente escolar, familiar y social.

En el área de Apoyo fraterno se presentó un aumento de 41 a 43 puntos de un total de 44, la puntuación es elevada por lo que podemos decir que desempeña el papel de modelo de su hermano hipoacúsico facilitando su aprendizaje, motivación e interés.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

La niña en la primera sesión se mostró un poco retraída, pero después era muy sociable, participativa y animaba a su hermano normoyente que también asistía al curso a participar más.

SUJETO No.13 EDAD: 11 años

Nuestro sujeto No. 13 presentó un decremento de 24 a 23 puntos de un total de 28 en el área Afectivo-emotivo, la puntuación sigue siendo elevada por lo que el niño presenta emociones e interés y aceptación en relación a su hermano hipoacúsico, manifestando emociones y sentimientos al compartir experiencias mutuas, promoviendo el desarrollo y la integración familiar del niño hipoacúsico.

En el área de conocimientos se registró un aumento de 26 a 35 puntos de un total de 52, presentando respuestas extremistas en el post-test y variandolas en el post-test, cambiando en un reactivo su respuesta de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, aumentando así sus conocimientos sobre la hipoacusia durante el curso.

En el área de Integración se registró un incremento de 15 a 22 puntos de un total de 28, cambiando su respuesta en un reactivo de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, reconociendo que su hermano hipoacúsico puede compartir más espacios físicos e interactuar más en el ambiente escolar, familiar y social, así como aceptarlo y convivir más con él.

En el área de Apoyo fraterno se registró un decremento de 43 a 38 puntos de un total de 44, teniendo respuestas extremistas de totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, la puntuación sigue siendo elevada por lo que el niño puede desempeñar el papel de modelo del hipoacúsico facilitando el aprendizaje, el interés y la motivación.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

Durante el curso se mostró participativo, atento, aunque no muy sociable.

SUJETO No. 14

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto No. 14 registró en el área Afectivo-emotivo un incremento de 22 a 27 puntos de un total de 28, cambiando su respuesta en un reactivo de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, lo que nos dice que el sujeto experimenta emociones de interés y aceptación, y la relación con su hermano hipoacúsico se manifiesta con emociones y sentimientos a través de compartir experiencias mutuas promoviendo el desarrollo y la integración familiar del hipoacúsico.

En el área de conocimientos se registró un decremento de 38 a 35 de un total de 52 puntos, cambiando su respuesta de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en dos reactivos y viceversa en 1, por lo cual podemos inferir que se dio cuenta que hay información de la hipoacusia que no conoce y que existen actividades en la que los niños hipoacúsicos necesitan más ayuda que en otras.

En el área de Integración se presentó un decremento de 24 a 22 puntos de un total de 28 dándose cuenta que su hermano hipoacúsico puede interactuar en más ambientes y compartir más espacios físicos.

En el área de apoyo fraterno se presentó un decremento de 43 a 42 puntos de un total de 44, la puntuación es alta por lo que el niño desempeña un papel de modelo para el hipoacúsico facilitando el aprendizaje, el interés y la motivación de éste.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

La niña siempre se sentó en la última fila, en ocasiones participaba voluntariamente y en otras casi no lo hacía, nunca faltó y estaba muy atenta en las sesiones.

SUJETO No. 15

EDAD: 12 años

Nuestro sujeto No. 15 en el área Afectivo-emotivo registró un incremento de 23 a 26 puntos de un total de 28, modificando su actitud positivamente, experimentando aceptación e interés hacia su hermano hipoacúsico y promoviendo el desarrollo y su integración familiar de éste.

En el área de conocimientos se registró un incremento de 31 a 37 puntos de un total de 52 modificando su actitud de forma positiva y aumentando sus conocimientos acerca de lo que es la hipoacusia.

En el área de Integración hubo un incremento de 18 a 22 puntos de un total de 28, reconociendo que el hermano hipoacúsico puede compartir espacios físicos e interactuar dentro del ámbito escolar, familiar y social así como es aceptado por la gente que lo rodea y convive con él.

En el área de Apoyo fraterno tuvo un incremento de 31 a 35 puntos de un total de 44, cambiando sus actitudes positivamente y sirviendo de modelo a su hermano hipoacúsico, motivándolo así al aprendizaje.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

El niño llegó un poco rebelde, sin querer contestar las preguntas que le hacíamos, se aislaba del grupo, pero después su hermana que asistía también al grupo (Erika) lo motivó y comenzó a participar más.

SUJETO No. 16

EDAD: 9 años

Nuestro sujeto No. 16 presentó en el área Afectivo-emotivo un decremento de 24 a 20 puntos de un total de 28, cambiando su respuesta en un reactivo de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, dando en el pre-test respuestas extremistas y variandolas en el post-test, se infiere que la niña después del curso se dio cuenta que el trato que daba a su hermano no era el mejor, teniendo sentimientos de rechazo y desinterés y por lo tanto no promueve el desarrollo y la integración familiar del hipoacúsico.

En el área de conocimientos se registró un incremento de 26 a 36 puntos de un total de 52, cambiando su respuesta en tres reactivos de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, por lo que podemos decir que en el curso adquirió más conocimientos sobre la hipoacúsia y conoció en que actividades necesita ayuda su hermano y en cuales no.

En el área de integración se registró un incremento de 16 a 20 puntos de un total de 28, cambiando su respuesta de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en dos reactivos, teniendo en cuenta que su hermano hipoacúsico puede compartir espacios físicos e interactuar en el ambiente escolar, social y familiar.

En el área de Apoyo fraterno se registró un incremento de 31 a 33 de un total de 44 puntos, cambiando su respuesta en dos reactivos de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y viceversa en uno, modificando su actitud positivamente y creyendo que es un buen modelo para su hermano hipoacúsico, facilitándole el aprendizaje, el interés y motivándolo.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

La primera sesión llegó tarde y tímida, después era muy participativa y sociable.

SUJETO No. 17

EDAD: 11 años

Nuestro sujeto No. 17 presentó un decremento de un punto de 23 a 22 de un total de 28, quedando aún el puntaje elevado, por lo que podemos decir que el niño experimenta emociones de aceptación e interés por su hermano hipoacúsico, compartiendo experiencias, promoviendo su desarrollo y integración familiar.

En el área de conocimientos tuvo un decremento de 37 a 35 puntos de un total de 52, quedándose tal vez con algunas dudas sobre lo que es la hipoacusia.

En el área de Integración la puntuación fue de 20 tanto en el pre-test como en el post-test de un total de 28, por lo que el niño no modificó sus actitudes ni positivamente ni de forma negativa, aunque la puntuación es alta reconociendo que hay espacios físicos que puede compartir el hipoacúsico e integrarse al ámbito social, escolar y familiar.

En el área de Apoyo fraterno hubo un decremento de un punto de 34 a 33 de un total de 44, teniendo respuestas de acuerdos y desacuerdos simples, por lo que el niño después del curso todavía no siente seguridad de servir de modelo a su hermano hipoacúsico, ni facilitar su aprendizaje, interés y motivación.

OBSERVACIONES DEL CURSO:

Desde la primera sesión el niño se mostró muy participativo, pero siempre trataba de llamar la atención del grupo haciendo ruidos.

CONCLUSION Y DISCUSIONES

Los efectos globales formados con la llegada de un niño discapacitado (Hipoacúsico) son contradictorios, algunas familias se fortalecen con la experiencia, otras, no soportan la tensión y se desmoronan; la noticia de que uno de los hijos es hipoacúsico obliga a la familia, especialmente a los padres y hermanos a confrontar sus propios sueños y aspiraciones con aquellos que abrigaban con respecto al niño.

Cuando hay otros niños mayores se presentan situaciones de disfuncionalidad en el periodo de desorganización; en el subsistema fraterno (hermanos), igualando a los padres en hacerse cargo de los cuidados o bien ocupando directamente el rol parental que alguno de ellos no puede asumir (Núñez,1991). Frente a ello, los padres y hermanos desde el comienzo pueden tomar distintas actitudes.

No olvidando la gran importancia que tiene la relación que existe entre los hermanos, de permitir a dos seres disfrutar de un contacto físico y emocional en las etapas críticas de su vida, formando uno de los primeros laboratorios sociales, además de proporcionar una relación permanente que jamás se anula (Martínez,1991).

Los hermanos utilizados para la investigación se encuentran o ya pasaron por alguna de las tres primeras etapas del desarrollo del ciclo vital de los hermanos, estas son: Primera infancia, Niñez, Edad escolar (Bank y Kahn,1962, citados en Powell y Ahrenhold,1991).

Esta investigación estuvo enfocada a fortalecer el subsistema fraterno en especial, del cual se encontró que no existe una diferencia significativa en las actitudes medidas antes y después de un curso de sensibilización para hermanos mayores de niños hipoacúsicos. La situación por la cual suponemos no haber encontrado un cambio significativo se debe al poco tiempo que tuvimos para aplicar el curso, ya que por las características de la población fué muy difícil haber aplicado durante más horas y más días; por lo tanto se puede concluir que tomando en cuenta los componentes cognoscitivo, connotativo y emocional, según Kretch (1978) (citado en Cuevas,1981), la actitud es el producto de un largo aprendizaje que puede ser alterado por medio del conocimiento, valoraciones y/o experiencias a través de toda vida.

Asimismo, tomando en cuenta el perfil del hermano del niño con necesidades educativas especiales (n.n.e.e.) (citado en Powell y Ahrenhold,1991; Murphy y Hanold,1989) consideramos necesaria la información incluida en el curso de sensibilización para poder generar, de alguna manera, efectos positivos en ellos; ya que los hermanos corren el riesgo de sufrir una serie de problemas emocionales y su adaptación depende de sus características, de su familia y del n.n.e.e. (Cerreto y Miller, 1981; Treviño,1979), además deben aprender a sobrellevar y manejar las exigencias del hipoacúsico asistiendo a talleres que les permitan conocer a otros hermanos, esto de acuerdo con la investigación a hermanos de niños con Síndrome de Down (Murphy,1976).

Los trabajos realizados con hermanos de n.n.e.e. dieron muchas claves para poder discriminar a nuestra población con las características más ideales, además de saber que necesidades deberían cubrir con el curso; de las cuales nos parecieron más importantes: Información central para hermanos de niños hipoacúsicos "la comunicación" (Willenz-Isaacs,1983); temas que le ayuden a adaptarse a la situación (sobre condiciones limitantes, el pronóstico y sus implicaciones); información sobre sus padres, sobre los servicios que el hermano discapacitado (hipoacúsico) habrá de recibir, el futuro, comprender su función, sus responsabilidades, sus sentimientos y emociones; incluyendo además, las formas como se verán afectadas sus relaciones con los amigos, ayudarlos a reconocer las cualidades y características positivas del niño hipoacúsico. Brindar la oportunidad de intercambiar experiencias a través de charlas con grupos de edades semejantes, hablar de sus problemas integrando actividades recreativas y participando con el hermano hipoacúsico.

Otra sugerencia que se decidió fué tomar en cuenta que en los cursos informativos se debe evaluar tanto a los hermanos como a los padres (Willenz-Isaacs, op. cit).

El desarrollo de las actitudes positivas en el proceso de integración social nos dará una pauta para tratar de enfrentar y ajustarse al ambiente social ya que una vez desarrolladas estas actitudes positivas, regulan la manera de reaccionar y facilitar los ajustes sociales.

Al conocer el curso por correspondencia para padres de niños con deficiencia auditiva se consideró que su contenido era muy bueno e interesante para cualquier hermano de niños hipoacúsicos. La traducción y adaptación permitió determinar el diferente tipo de material, diversas actividades y los tiempos que se consideraban más adecuados. El producto de este análisis originalmente incluía 10 sesiones y de 2 a 3 actividades por sesión, las cuales tuvieron que ser adaptadas por la baja disposición de nuestra población y la heterogeneidad del rumbo de la ciudad de donde provenían los participantes.

Los temas del curso tuvieron buena aceptación por los participantes, en especial se notó una inquietud en los diferentes temas de comunicación; el interés por conocer y utilizar los diferentes signos manuales, las actividades dentro de la comunicación no verbal les parecieron muy divertidas y novedosas, ya que era algo a lo que tal vez no habían puesto mucho interés y reconocieron que era muy importante para la comunicación con todos los niños con deficiencia auditiva.

El tema de los sentimientos fué importante para los participantes, sobre todo por las estrategias que se mencionaron de cómo expresar sus sentimientos tanto agradables como desagradables; en éstos se mostraron muy participativos.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Durante la realización de ésta investigación se enfrentaron algunos problemas, cuando nos presentamos en las escuelas para aplicar el primer cuestionario, la directora de un Jardín de Niños no permitió la entrada diciendo que se tenía que haber avisado con anticipación.

Después de tener seleccionados a los hermanos, no se pudo establecer comunicación con algunos de ellos porque no tenían teléfono y las escuelas quedaban muy retiradas para visitarlas.

Otro inconveniente que se tuvo fué que 6 Licenciadas en Comunicación humana no regresaron los cuestionarios para la validación interjueces.

Posteriormente, otro problema problema que se presentó fué al comenzar el curso, ya que se tenían invitados a 30 niños y solo llegaron la primera sesión 9, por lo que se les volvió a avisar a los que tenían teléfono y para la segunda sesión habían ya 21 niños, de estos 21 dejaron de ir 4 al curso y al final quedaron 17 niños.

Se cree que por lo retirado que está la Facultad de Psicología de la mayoría de las casas de los niños y por falta de recursos económicos, no pudieron asistir al curso. También debido a esto se redujeron las sesiones a 5, no pudiendo extender más los temas; así mismo afectando los resultados obteniendo un cambio no significativo en el post-test comparándolo con el pre-test.

Se sugiere que esta investigación se lleve a cabo con un mayor número de sujetos y que las sesiones también sean más para que se de realmente un cambio de actitudes y quede tiempo para aclarar todas las dudas y realizar actividades complementarias. Por otra parte, los resultados obtenidos de esta investigación no fueron realmente negativos, ya que de alguna manera permitió transmitir a los hermanos un conocimiento que será muy importante para su vida presente y/o futura. Esto permite suponer que haciendo un seguimiento de tipo longitudinal y volver a medir las actitudes de éstos hermanos nos den un resultado diferente, ésta medición podría ser dentro de 2, 3-5 años.

Una sugerencia de cambio es que se ampliara en el curso las recomendaciones "para ayudar a tu hermano".

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Aimard, P. y Morgan, A. (1989). El niño sordo. Madrid:Narcea.
- 2.-Alvarado, L. y Murga, D.(1995). Análisis comparativo de las actitudes de directores y profesores de escuelas regulares hacia la integración escolar de personas con discapacidad intelectual. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- 3.-Alvarez, A. y Del Río, P. (1990). Escenarios educativos y actividades: una propuesta integradora para el estudio y diseño del contexto escolar. En Marchesi, A.; Coll, C.; y Palacios, J. (eds.). Desarrollo psicológico y educación. Vol. III. Necesidades educativas especiales. (Cap. 13). Madrid: Alianza Psicología.
- 4.-Andolfi, M. (1989). Terapia Familiar. México: Paidós.
- 5.-Bautista, R. (1991). Necesidades educativas especiales. Cap. 3 y 4.
- 6.-Benjamin, J. (1988). Un niño especial en la familia. Guía para padres. México: Trillas.
- 7.-Berruecos, P. y Flores, L. (1991). El niño sordo en edad preescolar. México:Trillas.
- 8.-Barbe, W. (1973). La educación del niño excepcional. Argentina:Troquel.
- 9.-Bowley, A. y Gardner, L. (1984). El niño minusválido. Guía educativa y psicológica para el minusválido orgánico. México: C.E.C.S.A.
- 10.-Colín, D. (1985). Psicología del niño sordo. México: Masson.
- 11.-Cuevas, M. (1981). Técnicas de medición y elaboración de escalas de actitudes. Tesis de Licenciatura. México:Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- 12.-Dawes, R. (1983). Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México: Limusa.
- 13.-D.G.E.E. (S.E.P.) (1990). La historia de la educación especial en México.
- 14.-D.G.E.E. (S.E.P.) (1994). Proyecto general para la educación especial. Cuadernos de integración. No. 1,2,3 y 4.
- 15.-D.G.E.E. (S.E.P.). (1981). La educación especial en México.
- 16.-Díaz, N. (1994). Teoría general de los sistemas. Mecanograma. México: U.N.A.M.
- 17.-Dunn, J. (1986). Relaciones entre hermanos. Madrid: Morata.

- 18.-Dunn, J. y Kendrick, C. (1986). Hermanos y hermanas. Madrid: Alianza.
- 19.-Ehrlich, M. (1993). Hermanos: Crecer con un hermano especial. Revista para padres con necesidades especiales: Ararú, No.3, 14-16.
- 20.-Estrada, L. (1994). El ciclo vital de la familia. México: Posada.
- 21.-Fierro, A. (1990). La escuela frente al déficit intelectual. En Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (Eds.). Desarrollo Psicológicos y Educación: Vol. III Necesidades educativas especiales y Aprendizaje escolar (Cap. 16) Madrid: Alianza Psicología.
- 22.-Gagné, R. (1993). Condiciones de aprendizaje. México: Interamericana.
- 23.-Gresham, F. (1995). Estrategias para mejorar los resultados sociales de la integración: un ingrediente necesario para el éxito.
- 24.-Guajardo, E. (1996). Hacia una educación básica en México para la diversidad, a finales del siglo XX y principios del XXI. Simposio de discapacidades en la Universidad de Arizona. México: S.E.P.
- 25.-Haley, J. (1991). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- 26.-Hanold, E. (1989, Marzo). The forgotten children-siblings of de handicapped: a family sistems perspective. Paper presented at de annual meeting of de American Association of Counseling and Development. U.S.A.
- 27.-Jones, E. y Gerard, H. (1990). Fundamentos de Psicología social. México: Limusa.
- 28.-Kershman, S. (1982). The training needs of parents of deaf-blind multihandicapped children, part two: factors associated with parental responses. Education of the visually handicapped. U.S.A. Vol. 14 Num.1
- 29.-Lewis, J. (1991). Desarrollo y Déficit. México: Paidós.
- 30.-López, M. y Guerrero, J. (1993). Lecturas sobre integración escolar y social. Barcelona: Paidós.
- 31.-Lowe, A. (1981). Niños deficientes auditivos: prevención e integración. Perspectivas: revista trimestral de educación. Francia. Vol. 11 Num. 4
- 32.-Luterman, D. (1979). El niño sordo: Cómo orientar a sus padres. México: La prensa médica mexicana.
- 33.-Macotela, S. (1995). Introducción a la educación especial. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.

- 34.-Marchesi, A. (1987). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Madrid: Alianza Psicología.
- 35.-Marchesi, A. (1990). Comunicación, Lenguaje y Pensamiento de los niños sordos. En Marchesi, A.; Coll, C.; y Palacios, J. (Eds.). Desarrollo psicológico y Educación. Vol.III. Necesidades educativas especiales y Aprendizaje escolar. (Cap. 13). Madrid: Alianza Psicología.
- 36.-Martín, E. y Marchesi, A. (1990). Del lenguaje del transtorno a las necesidades educativas especiales. En Marchesi,A.; Coll,C.; y Palacios,J. (Eds.). Desarrollo Psicológico y Educación. Vol.III. Necesidades educativas especiales y Aprendizaje escolar. (Capítulo 1). Madrid:Alianza Psicología.
- 37.-Martínez, M. (1991). Contexto familiar y desarrollo psicológico. Orientaciones para la evaluación e intervención. (Cap.6). Madrid:Ministerio de Educación y Ciencia.
- 38.-Minuchin, S. (1989). Familias y terapia familiar. Barcelona:Gedisa.
- 39.-Murphy, L. y Della, S. (1989). Siblings. Special parent, special child. U.S.A. Vol. 5 Jan-Feb.
- 40.-Myers, D. (1995). Psicología social. México: McGraw-Hill.
- 41.-Núñez, B. (1991). El niño sordo y su familia. Argentina: Troquel.
- 42.-Powell, T. y Ahrenhold,O. (1991). El niño especial. El papel de los hermanos en su educación. Colombia: Carvajal.
- 43.-Ramírez, R. (1982). Conocer al niño sordo. Madrid: C.E.P.E.
- 44.-Reich, B. y Adock, Ch. (1980). Valores, actitudes y cambios de conducta. México: Compañía editorial continental.
- 45.-Reynolds, D. (1995). Escolarización eficaz de niños con necesidades educativas especiales: La investigación y sus implicaciones.
- 46.-Summers, G. (1984). Medición de actitudes. México: Trillas.
- 47.-Telford, C. (1973). El individuo excepcional. Madrid: Prentice-Hall.
- 48.-Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Argentina: Amorrortu.
- 49.-U.N.E.S.C.O. (1995) Cuadernos de Integración. lbedata.
- 50.-Valdespino, L. y Vélez, M. (1991). Actitudes de las personas con capacidad de emplear hacia la integración laboral de personas con deficiencia mental. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.

51.-Van Steendlandt, D. (1991). La integración de niños discapacitados a la educación común. Chile: UNESCO.

52.-Watzlawick, P. (1986). Teoría de la comunicación humana. Barcelona:Herder.

53.- Zinser, O. (1992). Psicología Experimental. México: Mc Graw-Hill.

ANEXOS

ANEXO I

**(CUESTIONARIO PARA SELECCIONAR A LOS HERMANOS DE NIÑOS
HIPOACUSICOS)**

ANEXO II

**(CUESTIONARIO APLICADO A TERAPELSTAS PARA SU
CONFIABILIZACION)**

ESCALA DE ACTITUDES

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que serán utilizadas para medir las actitudes de los hermanos mayores de niños hipoacúsicos.

Te pedimos que señales en cada uno de los reactivos que área consideras que están describiendo, colocando el 1 para el área Afectiva-Emotiva, el 2 para Conocimientos, el 3 para Integración y el 4 para Apoyo Fraterno; de acuerdo a las definiciones que se te dan a continuación.

1.- AREA AFECTIVA-EMOTIVA

Los hermanos experimentan emociones contradictorias como rechazo-aceptación o preocupación-desinterés, la relación con un hermano hipoacúsico se manifiesta con emociones y sentimientos a través de compartir experiencias mutuas, si éstas son positivas promueven el desarrollo y la integración de niño hipoacúsico.

2.- AREA DE CONOCIMIENTOS

Conjunto de conocimientos generales sobre el hermano hipoacúsico, con esta información los hermanos pueden conocer en cuáles actividades necesitan ayuda los hermanos hipoacúsicos y en cuáles no.

3.-AREA DE INTEGRACION

La integración se refiere tanto a compartir un espacio físico como a la interacción que se produce en el ambiente escolar, familiar y social, así como la aceptación- rechazo de todos los que rodean y conviven con el niño hipoacúsico.

4.-AREA DE APOYO FRATERNO

Los hermanos mayores desempeñan el papel de modelos de los niños hipoacúsicos, esto generalmente facilita el aprendizaje, la motivación, el interés, etc.

Con los signos (+ ó -) cual es la intención del reactivo enunciado.

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones y queremos que las contestes según tu forma de pensar, no hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona piensa diferente; por ello procura no dejar de responder ninguna de las siguientes afirmaciones.

Pon una X en la raya que tu creas conveniente tomando en cuenta la siguiente clasificación:

T.A. = Totalmente de acuerdo

A. = De acuerdo

T.D. = Totalmente en desacuerdo

D. = En desacuerdo

POR EJEMPLO:

EL SOL SALE TODOS LOS DIAS

$\frac{X}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

1.- He leído sobre Hipoacusia.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

2.-Me siento orgulloso de mi hermano.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

3.-Me gusta que mis papás me pongan más atención a mi.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

4.-Mi hermano y yo somos aceptados por otros niños.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

5.-Dejo solo a mi hermano para que termine su quehacer.

T.A. A. D. T.D.

6.-Mis papás me dedican el mismo tiempo a mí que a mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

7.-La hipoacusia es una información poco importante para mí.

T.A. A. D. T.D.

8.-Juego mejor con mis amigos si mi hermano no está.

T.A. A. D. T.D.

9.-Se como funciona el auxiliar de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

10.-Me da miedo tener un hijo hipoacúsico.

T.A. A. D. T.D.

11.-Siento tristeza cuando lastiman a mi hermano en la terapia.

T.A. A. D. T.D.

12.-Repruebo en la escuela para que mis papás también se preocupen por mí

T.A. A. D. T.D.

13.-Pregunto al doctor sobre la hipoacusia de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

14.-Desconozco el funcionamiento del auxiliar de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

15.-Ayudo a mi hermano a hacer su tarea

 T.A. A D. T.D.

16.-Mi hermano participa en los quehaceres de casa

 T.A. A. D. T.D.

17.-Es fácil explicar a cualquier niño hipoacúsico

 T.A. A. D. T.D.

18.-Soy mejor hijo que mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

19.-Durante el recreo mi hermano juega solo.

 T.A. A. D. T.D.

20.-Pregunto a mi maestra sobre la hipoacusia de mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

21.-Me cuesta trabajo comunicarme con mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

22.-Por cuidar a mi hermano juego poco con mis amigos

 T.A. A. D. T.D.

23.-Me aburre estar con mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

24.- Cuido poco a mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

25.-Me molesta que regañen a mi hermano

T.A. A. D. T.D.

26.-Yo tengo la culpa de que mi hermano sea hipoacúsico

T.A. A. D. T.D.

27.-Ayudo a mi hermano a entender las cosas

T.A. A. D. T.D.

28.-Soy malo con mi hermano

T.A. A. D. T.D.

29.-Prefiero salir de mi casa para no tener que ayudar a mi hermano

T.A. A. D. T.D.

30.-Mi hermano es mejor hijo que yo

T.A. A. D. T.D.

31.-Ayudo a mi hermano cuando lo necesita

T.A. A. D. T.D.

32.-Nadie tiene la culpa de que mi hermano sea hipoacúsico

T.A. A. D. T.D.

33.-La gente acepta a los niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

34.-Mi hermano es incapaz de realizar sus tareas escolares

T.A. A. D. T.D.

35.-Aunque esté con mi hermano juego mucho tiempo con mis amigos

T.A. A. D. T.D.

36.-Mi hermano aprende más rápido cuando yo le explico

T.A. A. D. T.D.

37.-Convivo con niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

38.-Platico de mi hermano con mis amigos y familiares

T.A. A. D. T.D.

39.-Mi hermano participa poco en los quehaceres de la casa

T.A. A. D. T.D.

40.-La ayuda que mi hermano necesita es especial

T.A. A. D. T.D.

41.-Cuando está cerca un niño hipoacúsico me alejo

T.A. A. D. T.D.

42.-Yo me enfermo más que mi hermano

T.A. A. D. T.D.

43.-Los amigos de mi hermano son normoyentes

T.A. A. D. T.D.

44.-Dejo solo a mi hermano cuando lo regañan

T.A. A. D. T.D.

45.-En el parque de diversiones pueden entrar los niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

46.-Desconozco las habilidades de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

47.-En el recreo mi hermano juega con otros niños

T.A. A. D. T.D.

48.-Le explico las cosas a mi hermano hasta que me entiende.

T.A. A. D. T.D.

49.-Mi hermano se enferma igual que yo

T.A. A. D. T.D.

50.-Mi hermano hablará igual que yo

T.A. A. D. T.D.

51.-Ayudo a mi hermano cuando lo regañan

T.A. A. D. T.D.

52.-Los amigos de mi hermano solo pueden ser otros niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

53.-Ayudo muy pocas veces a mi hermano

T.A. A. D. T.D.

54.-Mi hermano necesita ir a una escuela especial

T.A. A. D. T.D.

55.-Explico a mi hermano como se hacen las cosas

T.A. A. D. T.D.

56.-Dejo solo a mi hermano cuando me necesita

T.A. A. D. T.D.

57.-Difícilmente puedo jugar con los amigos de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

58.-Mi hermano aprende muy lento cuando yo le explico

T.A. A. D. T.D.

59.-Estoy informado de los avances de mi hermano en su terapia

T.A. A. D. T.D.

60.-Le enseño a mi hermano como debe bañarse

T.A. A. D. T.D.

61.-Las enfermedades de mi hermano son las mismas que las de cualquier otra persona

T.A. A. D. T.D.

62.-Yo le enseño a mi hermano las cosas que no sabe

T.A. A. D. T.D.

63.-Conozco lo que es la hipoacusia

T.A. A. D. T.D.

64.-Ayudo poco a mi hermano en sus ejercicios de terapia.

 T.A. A. D. T.D.

65.-Es peligroso que se enferme mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

66.-Es difícil que mi hermano practique algún deporte

 T.A. A. D. T.D.

67.-Me gusta ayudar siempre a mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

68.-La hipoacusia de mi hermano es para siempre

 T.A. A. D. T.D.

69.-Mi hermano se comunicará solo con señas

 T.A. A. D. T.D.

70.-Tengo dudas sobre la hipoacusia de mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

71.-Mi hermano se curará algún día

 T.A. A. D. T.D.

72.-A nadie pregunto sobre la hipoacusia de mi hermano.

 T.A. A. D. T.D.

ANEXO IV

**(ESCALA DE ACTITUDES TIPO LICKERT APLICADA A HERMANOS DE
NIÑOS HIPOACUSICOS ANTES DEL PROGRAMA DE
SENSIBILIZACION)**

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones y queremos que las contestes según tu forma de pensar, no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona piensa diferente, por ello procura no dejar de responder ninguna de las siguientes afirmaciones.

Pon una X en la raya que tu creas conveniente tomando en cuenta la siguiente clasificación:

- T.A = Totalmente de acuerdo
- A. = De acuerdo
- D. = En desacuerdo
- T.D.= Totalmente en desacuerdo

POR EJEMPLO:

EL SOL SALE TODOS LOS DIAS

$\frac{x}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

1.- Es fácil explicar a cualquier niño hipoacúsico.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

2.- Yo me enfermo más que mi hermano.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

3.- Ayudo muy pocas veces a mi hermano.

$\frac{\quad}{T.A.}$ $\frac{\quad}{A.}$ $\frac{\quad}{D.}$ $\frac{\quad}{T.D.}$

4.- Mi hermano se comunicará solo con señas

T.A. A. D. T.D.

5.- Me cuesta trabajo comunicarme con mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

6.- Prefiero salir de mi casa para no tener que ayudar a mi hermano hipoacúsico.

T.A. A. D. T.D.

7.- Desconozco las habilidades de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

8.- La hipoacusia de mi hermano es para siempre.

T.A. A. D. T.D.

9.- Dejo sólo a mi hermano para que termine su quehacer.

T.A. A. D. T.D.

10.- Desconozco el funcionamiento del auxiliar auditivo de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

11.- Convivo con niños hipoacúsicos.

T.A. A. D. T.D.

12.- Conozco lo que es la hipoacusia,

T.A. A. D. T.D.

13.- Juego mejor con mis amigos si mi hermano no está.

T.A. A. D. T.D.

14.- Me aburre estar con mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

15.- Nadie tiene la culpa de que mi hermano sea hipoacúsico.

T.A. A. D. T.D.

16.- Platico de mi hermano con mis amigos y familiares.

T.A. A. D. T.D.

17.- Le enseño a mi hermano como debe bafarse.

T.A. A. D. T.D.

18.- Las enfermedades de mi son las mismas que las de cualquier otra persona.

T.A. A. D. T.D.

19.- Sé como funciona el auxiliar de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

20.- Repruebo en la escuela para que mis papás también se preocupen por mi.

T.A. A. D. T.D.

21.- Soy malo con mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

22.- Los amigos de mi hermano son normoyentes.

T.A. A. D. T.D.

23.- Explico a mi hermano como se hacen las cosas.

T.A. A. D. T.D.

24.- Siento tristeza cuando lastiman a mi hermano en la terapia.

T.A. A. D. T.D.

25.- Ayudo a mi hermano a entender las cosas.

T.A. A. D. T.D.

26.- En el recreo mi hermano juega con otros niños.

T.A. A. D. T.D.

27.- A nadie le pregunto sobre la hipoacusia de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

28.- Ayudo a mi hermano a hacer su tarea.

T.A. A. D. T.D.

29.- Aunque esté con mi hermano juego mucho tiempo con mis amigos.

T.A. A. D. T.D.

30.- Explico a mi hermano como se hacen las cosas.

T.A. A. D. T.D.

31.- Pregunto al doctor sobre la hipoacusia de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

32.- Ayudo a mi hermano cuando lo necesita.

T.A. A. D. T.D.

33.- Los amigos de mi hermano solo pueden ser otros niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

34.- Le enseño a mi hermano las cosas que no sabe.

 T.A. A. D. T.D.

35.- Tengo dudas sobre la hipoacusia de mi hermano.

 T.A. A. D. T.D.

36.- La ayuda que mi hermano necesita es especial.

 T.A. A. D. T.D.

37.- Ayudo poco a mi hermano en sus ejercicios de terapia.

 T.A. A. D. T.D.

38.- Pregunto a mi maestra sobre la hipoacusia de mi hermano

 T.A. A. D. T.D.

ANEXO V

**(ESCALA DE ACTITUDES TIPO LICKERT APLICADA DESPUES DEL
PROGRAMA DE SENSIBILIZACION)**

CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES:

A Continuación se te presentan una serie de afirmaciones y queremos que las contestes según tu forma de pensar, no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona piensa diferente, por ello oprocura no dejar de responder ninguna de las siguientes afirmaciones.

Pon una X en la raya que tu creas conveniente tomando en cuenta la siguiente clasificación:

T.A.= Totalmente de acuerdo

A. = De acuerdo

D. = En desacuerdo

T.D= Totalmente en desacuerdo

POR EJEMPLO:

EL SOL SALE TODOS LOS DIAS

 X
T.A. A. D. T.D.

1.-Dejo solo a mi hermano para que termine su quehacer

T.A. A. D. T.D.

2.-Juego mejor con mis amigos si mi hermano no está

T.A. A. D. T.D.

3.-Sé como funciona el auxiliar de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

4.-Siento tristeza cuando lastiman a mi hermano en la terapia

T.A. A. D. T.D.

5.-Repruebo en la escuela para que mis papás también se preocupen por mí

T.A. A. D. T.D.

6.-Pregunto al doctor sobre la hipoacusia de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

7.-Desconozco el funcionamiento del auxiliar de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

8.-Ayudo a mi hermano a hacer su tarea

T.A. A. D. T.D.

9.-Es fácil explicar a cualquier niño hipoacúsico

T.A. A. D. T.D.

10.-Pregunto a mi maestra sobre la hipoacusia de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

11.-Me cuesta trabajo comunicarme con mi hermano

T.A. A. D. T.D.

12.-Me aburre estar con mi hermano

T.A. A. D. T.D.

13.-Soy malo con mi hermano

T.A. A. D. T.D.

14.-Ayudo a mi hermano a entender las cosas

T.A. A. D. T.D.

15.-Nadie tiene la culpa de que mi hermano sea hipoacúsico

T.A. A. D. T.D.

16.-Ayudo a mi hermano cuando lo necesita

T.A. A. D. T.D.

17.-Convivo con niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

18.-Yo me enfermo más que mi hermano

T.A. A. D. T.D.

19.-Prefiero salir de mi casa para no tener que ayudar a mi hermano

T.A. A. D. T.D.

20.-Aunque esté con mi hermano juego mucho tiempo con mis amigos

T.A. A. D. T.D.

21.-La ayuda que mi hermano necesita es especial.

T.A. A. D. T.D.

22.-Los amigos de mi hermano son normoyentes

T.A. A. D. T.D.

23.-Platico de mi hermano con mis amigos y familiares

T.A. A. D. T.D.

24.-Desconozco las habilidades de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

25.-En el recreo mi hermano juega con otros niños

T.A. A. D. T.D.

26.-Los amigos de mi hermano solo pueden ser otros niños hipoacúsicos

T.A. A. D. T.D.

27.-Ayudo muy pocas veces a mi hermano

T.A. A. D. T.D.

28.-Explico a mi hermano como se hacen las cosas

T.A. A. D. T.D.

29.-Conozco lo que es la hipoacusia

T.A. A. D. T.D.

30.-Las enfermedades de mi hermano son las mismas que las de cualquier otra persona

T.A. A. D. T.D.

31.-Explico a mi hermano como se hacen las cosas

T.A. A. D. T.D.

32.-A nadie pregunto sobre la hipoacusia de mi hermano

T.A. A. D. T.D.

33.-Le enseñé a mi hermano como debe bañarse

T.A. A. D. T.D.

34.-La hipoacusia de mi hermano es para siempre

T.A. A. D. T.D.

35.-Le enseñé a mi hermano las cosas que no sabe

T.A. A. D. T.D.

36.-Ayudo poco a mi hermano en sus ejercicios de terapia

T.A. A. D. T.D.

37.-Mi hermano se comunicará solo con señas

T.A. A. D. T.D.

38.-Tengo dudas sobre la hipoacusia de mi hermano.

T.A. A. D. T.D.

ANEXO VI

**(TRADUCCION Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE
SENSIBILIZACION PARA HERMANOS DE NIÑOS HIPOACUSICOS.)**

**(TRADUCCION Y ADAPTACION DEL PROGRAMA DE
SENSIBILIZACION PARA HERMANOS DE NIÑOS HIPOACUSICOS)**

JOHN TRACY CLINIC
CURSO POR CORRESPONDENCIA
PARA
PADRES DE NIÑOS PEQUEÑOS SORDOS

¿QUÉ PASA CONTIGO?



**UN LIBRO PARA NIÑOS Y NIÑAS QUE TIENEN UN
HERMANO O HERMANA CON DEFICIENCIA AUDITIVA**

Traducido con autorización de John Tracy Clinic, copyright 1995.
Traducción y adaptación de terminología e imágenes hechas por:

Sonia Andrea Ávila Alvarado
Ma. del Rocío Corona Durán
Nancy Bibiana Jiménez León
Yunuén Huerta Pérez

¡HOLA!

Como otros niños y niñas que están obteniendo este libro, ustedes tienen un hermano o hermana menor que tiene una pérdida auditiva. Tal vez él o ella pueda escuchar algunos sonidos pero otros no.

Para aprender como ayudar a su pequeño hermano o hermana, su familia está recibiendo lecciones de la Clínica John Tracy . Estas lecciones ayudarán a aprender a toda la familia . Tu pequeño hermano o hermana puede estar también en una escuela o recibiendo terapia.

¿Y tú?. Tal vez hay algunas cosas que te gustaría conocer acerca de la pérdida del oído. ¿Tienes algunos sentimientos que te gustaría compartir?. Este libro te ayudará. ¡Este libro es sólo para TI!. Este libro te contestará algunas preguntas. Te ayudará a entender algunos de tus sentimientos. Contiene actividades para que juegues. Además tiene sugerencias acerca de como puedes conseguir más información. Tal vez alguien te lea algunas partes de él.

Ahora estás listo (a) para comenzar. Diviértete. Esperamos tener noticias tuyas más adelante.

Tus amigos de la Clínica John Tracy

QUERIDOS PADRES:

En un esfuerzo para servir a todos los miembros de la familia, el Departamento de Educación por Correspondencia de la Clínica John Tracy ha creado el folleto adjunto. Este es para sus niños en edades entre 6 y 12 años. El título, "¿Qué pasa contigo?: Un libro especial para niños y niñas que tienen un hermano o hermana con pérdida auditiva", resume los propósitos de éste libro. Esperamos que usted le proporcione uno a cada uno de sus niños en este grupo de edad y los anime a usarlo y disfrutarlo tal como usted usa las lecciones por correspondencia.

Reconocemos que hay muchas diferencias en las habilidades de lectura de sus niños. También hay diferencias en sus habilidades para entender alguna información. Por lo tanto dependiendo de su niño, usted puede disfrutar este libro con el o ella.

Este folleto les está siendo enviado como si ustedes hubieran inscrito a su familia en la clínica John Tracy.

Estamos en espera de cualquier comentario que deseen compartir acerca de éste libro.

Esperamos que sus niños lo usarán, aprenderán y disfrutarán de él. Y, quedamos en espera de recibir sus comentarios.

Clínica John Tracy

ÍNDICE

1.-¡COMENCEMOS!	1
2.-TODO ACERCA DEL OÍDO	2
3.-UN JUEGO DE PALABRAS DEL OÍDO	5
4.-¿CÓMO TRABAJA EL OÍDO?	6
5.-EL OIR PUEDE SER MEDIDO	8
6.-¿POR QUÉ MI HERMANO NO PUEDE OIR?	11
7.-ALGO PARA AYUDAR A OIR A MI HERMANO	12
8.-¿CÓMO TRABAJA EL AUXILIAR AUDITIVO?	14
9.-LA COMUNICACIÓN ES IMPORTANTE	15
10.-ESCUCHAR TAMBIÉN ES IMPORTANTE	24
11.-MÁS RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A MI HERMANO	26
12.-¡UN JUEGO PARA TÍ!	28
13.-¿CÓMO TE SIENTES? ¿QUÉ ESTÁS PENSANDO?	29
14.-TAMBIÉN TÚ PUEDES AYUDAR A TU HERMANO Y A OTROS	36
15.-PALABRAS QUE DEBES CONOCER	37
16.-MI CARTA A LA CLÍNICA JOHN TRACY	39

1.- ¡COMENCEMOS!

Este libro será enviado a muchachos y muchachas de todo el mundo. Ustedes son de diferentes lugares. Hablan diferentes idiomas.

Aquí hay un mapa del mundo. ¿Pueden decir en dónde viven?.



Cada uno que obtenga este libro tiene un hermano o hermana sordos. Otra palabra para hermano o hermana es "Sibling". Tú eres un sibling de tu pequeño hermano o pequeña hermana. Sibling significa hermano o hermana.

Este libro es exactamente para ti. Es para que lo conserves. Puedes escribir en él. Puedes colorear las ilustraciones. Puedes aprender. Puedes divertirte. Puedes compartirlo con tus padres, abuelo u otro miembro de la familia, maestro o amigo.

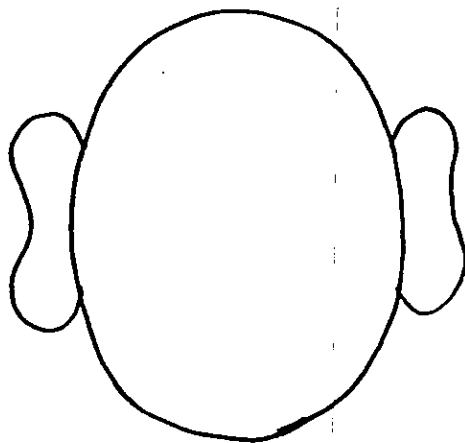
¿Tienes algunas preguntas? Tal vez encontrarás las respuestas en este libro. Aquí hay un lugar donde puedes escribir algunas preguntas:

Tal vez te gustaría compartir algunas preguntas o sentimientos con nosotros. Tus preguntas o sentimientos nunca son tontos. Todas son importantes. ¡ Todas son bienvenidas !

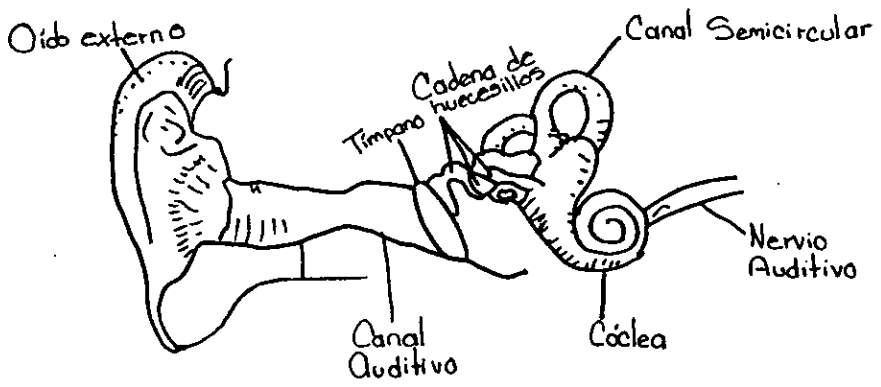
2.- TODO ACERCA DEL OÍDO

Piensa en un oído. ¿A qué se parece? Cierra los ojos por un minuto para que “tengas un retrato” en tu mente. ¡Hazlo! Bien. Aquí hay un lugar para que dibujes un oído.

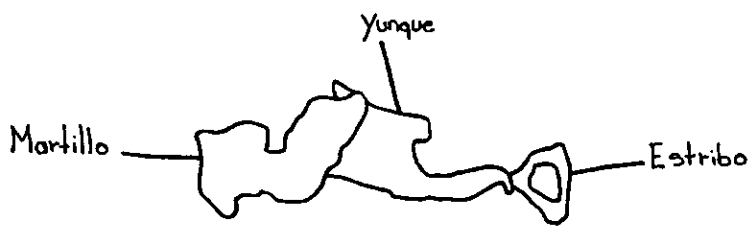
¿Se parece a esto tu dibujo?



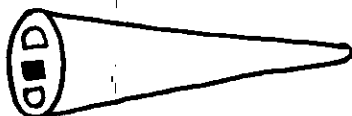
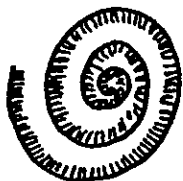
Ahora mira este esquema de un oído. ¿Es diferente de tu dibujo? ¡Muchas partes del oído se encuentran dentro de tu cabeza!



¡El oído es mucho más de las partes que puedes ver! Es un lugar interesante. Mira al oído medio. Tiene algo muy especial -¡los huesos más pequeños de todo el cuerpo!- Estos huesos miden tan sólo 1.2 cm. ¡ más pequeño que una moneda de 10 centavos!



El oído interno es también divertido. ¿Ves la cóclea? ¡Se ve como una culebra y su tamaño es el de un chicharo! Este es muy importante. Es el órgano para oír. Si tú pudieras desenredar el caracol se vería como esto:



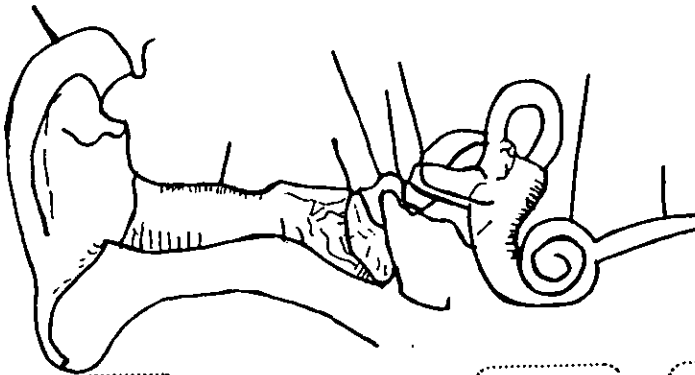
Dos de los tubos están llenos de líquido. El tubo de en medio es diferente. Tiene pequeñas células de bello. Estas pequeñas células de bello están conectadas al nervio del oído.

3.- UN JUEGO DE PALABRAS DEL OÍDO

Veamos una vez más las partes del oído. ¿Puedes igualar las palabras de uso común con las palabras científicas acerca del oído? (Si necesitas ayuda, mira en la parte intermedia de esta página).

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Tambor del oído | a. |
| 2. Martillo | b. Yunque |
| 3. Estribo | c. Membrana del timpano |
| 4. Oído externo | d. Auricular |
| 5. Yunque | e. Martillo |

Recorta las palabras de la parte inferior de la página. Pégalas donde pertenecen. (Sugerencia: regresa una o dos páginas si necesitas ayuda).



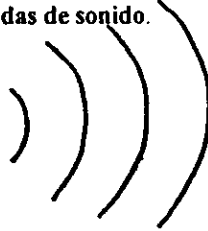
- | | | | | |
|-----------------|---------|----------------|----------|--------|
| oído externo | caracol | auricular | martillo | yunque |
| nervio auditivo | estribo | canal auditivo | | |

(1.c, 2.e, 3.a, 4.d, 5.b)

4.- ¿CÓMO TRABAJA EL OÍDO?

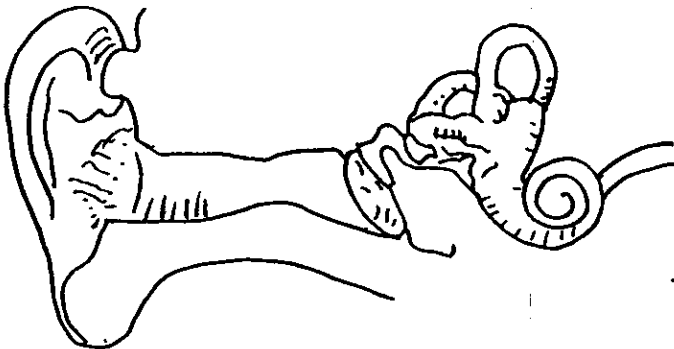
¿Qué pasa si arrojas una piedra en un charco de agua? Correcto. Hace muchas ondas de olas de olas pequeñas. Hazlo. Consigue una charola. Pon agua en él. Cuando el agua esté en calma, arroja algo -una piedra, una gota de agua, una moneda- en ella. Observa las "olas".

El sonido viaja a través del aire al oído como las pequeñas olas que hiciste. Cualquier cosa que hace sonido hace ondas de sonido.



Consigue un lápiz, pluma o crayón. Úsalo para seguir el camino de la onda de sonido desde el aire al cerebro. ¿Listo? Imagina algo haciendo sonido. El sonido puede ser ruidoso o débil, bajo o alto.

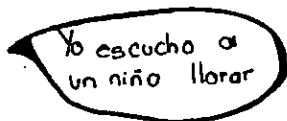
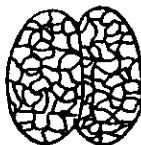
¿Qué sonido escogiste? _____



Inicia con el oído externo. Este "atrapa" la onda sonora. La onda de sonido viaja a través del canal auditivo. Esto hace que el tambor se mueva. Ahora los tres pequeños huesos se mueven: el martillo, el yunque, luego el estribo. El estribo hace que la ventana ovalada se mueva.

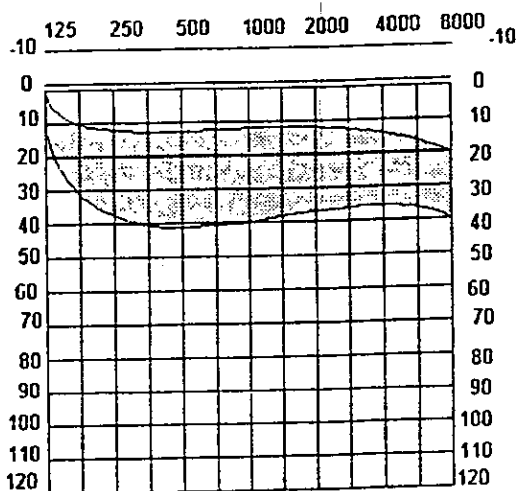
Ahora estás en el oído interno. El líquido en el caracol se está moviendo. Esto hace que las pequeñas células del bello se muevan. Ellas envían una señal al nervio auditivo. ¡El nervio lleva el mensaje al cerebro!

El cerebro es sorprendente. Comprende lo que significan los mensajes del nervio auditivo. Sabe si el sonido es ruidoso o suave. Puede decir si el sonido es una persona hablando, un bebé llorando, un perro ladrando, o un piano tocando.



5.- EL OIR PUEDE SER MEDIDO

¿Cómo se mide el oír? Existen pruebas especiales para el oír. ¡No hacen daño! La persona que hace la prueba se llama **audiólogo**. Una máquina especial que utiliza el audiólogo para medir el oído se llama **audiómetro**. Un diagrama especial se usa para mostrarte cómo responde o qué tanto responde tu oído. Este diagrama se llama **audiograma**.



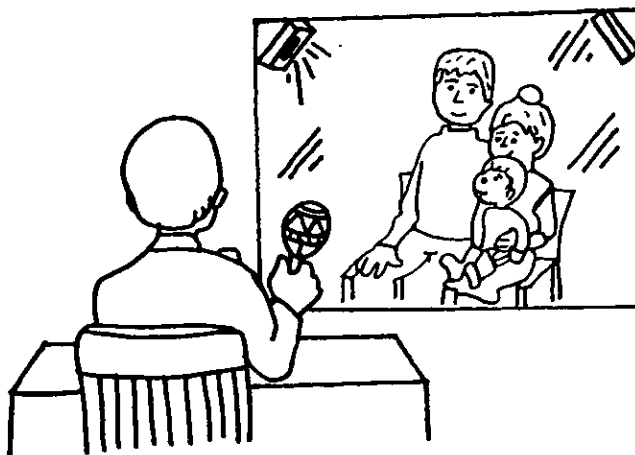
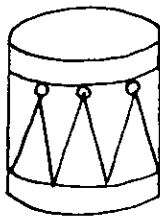
El propósito del examen del oído es encontrar cuál es el sonido más suave que percibe tu oído. Aún cuando la persona tiene pérdida profunda del oído, puede oír algún sonido. Este oír se llama **resto auditivo** u oído remanente.

Algunos sonidos son suaves y algunos son fuertes. **Decibel** es la palabra que se usa para nombrar que tan ruidoso o suave es el sonido. Algunas veces se escribe como **-dB**. Los números al lado del audiograma son los decibeles. Los números más pequeños son los sonidos *suaves*. Los números más altos son los sonidos **MUY RUIDOSOS**.

Los sonidos también son de duración alta como en un piano. Un sonido de duración baja es un tambor. Un sonido de duración alto es producido por una sierra eléctrica o lo que suena cuando tú dices "sh" si quieres que alguien se calle. Los números que cruzan la parte alta del audiograma dicen si el sonido es bajo o alto. Los números más pequeños son los de los sonidos bajos o profundos. Los números más altos son los sonidos altos alcanzados.

Supongamos que tienes un examen del oído. Estás despierto y en un cuarto a prueba de sonido. Un adulto está contigo. Tú estás teniendo un **examen de conducta auditiva**. Hasta que seas más grande usarás audífonos. El audiólogo usará el audiómetro para poner sonidos en los audífonos. Cada vez que oigas un sonido levantarás la mano. Esto permite que el audiólogo sepa que oíste el sonido. Algunos sonidos serán difíciles de escuchar. Cada vez que levantes la mano el audiólogo hará una anotación en el audiograma.

Los bebés y los niños pequeños, como tu hermano, no saben cómo levantar la mano cuando oyen un sonido. Así que durante la prueba, el audiólogo y su ayudante observan la expresión del niño cuidadosamente. A los niños un poco mayores se les enseña a mirar un juguete cuando oyen el sonido. O pueden aprender a arrojar un objeto en una cesta.



Otro tipo de prueba auditiva es la llamada prueba de **respuesta cerebral**. Esto se hace generalmente a bebés o niños muy pequeños. En esta prueba el niño tiene que estar dormido. Son colocados en su cabeza suavemente pequeños alambres. Se ve gracioso, pero no le hacen daño. Los sonidos son enviados a través de los audífonos. El cerebro emite una respuesta a los sonidos. La respuesta del cerebro viene a través de los alambres. Cuando esto sucede, la máquina de prueba hace una línea ondulada en la gráfica.

Pídele a tu mamá o papá que te permitan ver el audiograma de tu hermanito. Entonces podrás ver las clases de sonidos que tu hermano o hermana puede o no puede oír. Tal vez podrás poner una copia del audiograma en esta página.

6.- ¿POR QUE MI HERMANO NO PUDE OIR?

¿Es el oído externo?

Algunos niños no pueden oír debido a que partes del oído externo faltan o el canal auditivo está cerrado. Cuando la apertura del canal auditivo está cerrado, se llama atresia. Si partes del oído externo faltan o su forma es incorrecta, se llama microtia.

¿Es el oído medio?

Algunas veces algo anda mal en el oído medio. Tal vez, los tres pequeños huesos no se formaron. O, tal vez no pueden moverse. Entonces el sonido no puede atravesar. Esto sucede cuando has tenido infección en el oído. Cuando tienes muchas infecciones en el oído, esto puede afectar tu capacidad auditiva.

¿Es el oído interno?

Muchos de sus hermanos tienen problema de oído debido a un problema en el oído interno. Algunas de las células de bello que envían la señal al nervio auditivo, faltan o están dañadas. Esto es algo que no puede arreglarse. Aquí se en listan algunas de las cosas que pueden causar problemas en el oído interno.

1. Una enfermedad como meningitis o sarampión alemán.
2. Una condición como el síndrome de Waardenburg.
3. Herencia.

Algunos niños nacen sin poder oír. Algunos niños pierden el oído después de nacer. ¿Qué le pasa a tu hermano? ¿Siempre ha tenido problemas del oído?

Si _____ No _____

¿Sabes por qué tu hermano no puede oír? Si _____ No _____ Si no lo sabes, pregunta a tus padres. Aquí hay un lugar para escribir la razón por la que tu hermano no puede oír.

Quizá tu escribiste "no se" como la razón de que tu hermano no pueda oír. Esta no es una sorpresa. ¡Muchas, muchas familias no saben la causa de la pérdida del oído!

7.- ALGO PARA AYUDAR A OIR A MI HERMANO

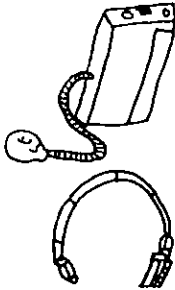
¿Usa tu hermano algo que le ayude a oír mejor? Tal vez, ella o él tienen una ayuda para oír, un caracol implantado, o un auxiliar auditivo. A esto se le llama amplificación. ¡La amplificación es de gran ayuda para tu hermano!

Aunque la amplificación es muy importante no puede hacer oír tan bien como los anteojos ayudan a ver casi perfectamente. ¿Por qué? Si la amplificación hace el sonido muy alto, puede causar dolor. Algunas veces faltan partes de las pequeñas células de bello o están muy dañadas para trabajar. ¡Aún así la amplificación es **MUY** útil!

Un audiólogo prescribe la ayuda para oír o el auxiliar auditivo. El audiólogo también prescribe las formas de uso como un médico prescribe medicina cuando estás enfermo -. Aquí se muestran algunos de los diferentes aparatos de amplificación.



Esto es un aparato de ayuda auditiva para colocarlo en la oreja. Algunas personas lo llaman ayuda detrás del oído. Aunque este es muy pequeño puede ser muy poderoso.



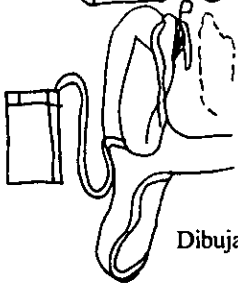
Es un aparato de ayuda auditiva para colocarlo en el cuerpo. Se coloca un pequeño chaleco sobre el cuerpo y tiene un cordón que va al oído. Algunos niños usan 2 de estas ayudas - una para cada oído. Algunos usan una ayuda con un cordón en forma de letra Y -una parte del cordón va a cada oído.



Esta es una ayuda de conducción de hueso. Se usa para niños que tienen atresia. Una banda en la cabeza la mantiene en su lugar.



Este es un entrenador de audición. Algunas veces es llamado FM. Se puede usar como ayuda o como receptor de un micrófono especial. El micrófono lo usa el maestro, terapeuta, padre o aún tú. Cuando se usa el micrófono hace que el sonido parezca realmente pegado al oído de tu hermano.

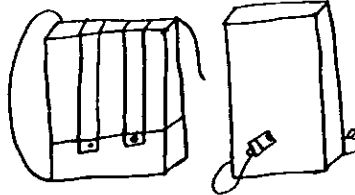
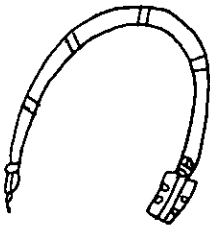
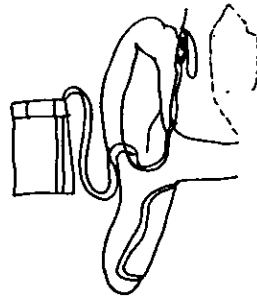
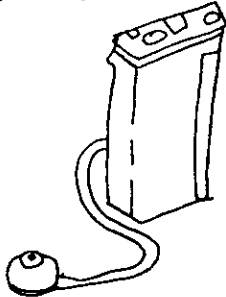


Este es un implante de caracol. Los niños que lo usan han necesitado una cirugía para colocar un mecanismo en el caracol.

Dibuja una línea de la palabra a la amplificación que describe:

ayuda a nivel de oído entrenador auditivo ayuda de conducción de hueso

ayuda de cuerpo implante de caracol



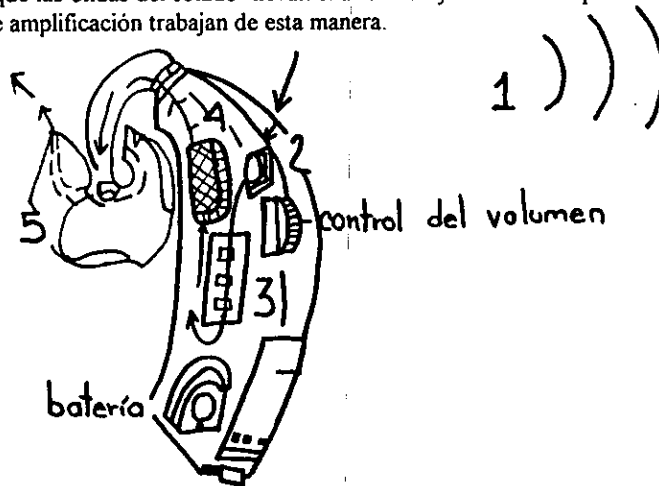
Encierra en un círculo el auxiliar auditivo que usa tu hermano.

8.- ¿CÓMO TRABAJA EL AUXILIAR AUDITIVO?

Cada uno de estos mecanismos de amplificación se ven diferentes. ¡Adivinas qué! ¡Todos trabajan para lo mismo!. El amplificador recoge las ondas del sonido. Cambia las ondas del sonido a señales eléctricas. También hace que las señales sean más **AUDIBLES**. Envía las ondas de sonido amplificadas al oído. Así es como se ven las ondas de sonido amplificadas.



Una batería o baterías hacen el trabajo de amplificación. El control del volumen hace el sonido más fuerte o más suave. Aquí observa el dibujo de un auxiliar auditivo. Sigue los números para ver la forma en que las ondas del sonido llevan el aire a la ayuda del oído para oír. Recuerda que todos los tipos de amplificación trabajan de esta manera.



- | | | |
|------------------|-------------------|-----------------|
| 1. Onda auditiva | 2. Micrófono | 3. Amplificador |
| 4. Receptor | 5. Molde del oído | |

¿Puedes adivinar lo que pasa cuando el sonido llega al molde del oído? ¡Correcto! El sonido entonces viaja hacia abajo al oído y al cerebro.

9.- LA COMUNICACIÓN ES IMPORTANTE

¿QUÉ ES COMUNICACIÓN?

La comunicación es la forma en la que se relaciona una persona con otra. Es así, como se comparten pensamientos y sentimientos.

¿CÓMO NOS COMUNICAMOS?

Se pueden usar muchas maneras de comunicación. Tal vez puedes tirar, jalar, agarrar, señalar o sonreír. Eso se conoce como comunicación no verbal. En ocasiones tu dices palabras. Eso se conoce como comunicación verbal. En ocasiones puedes usar ambas. - comunicación verbal y no verbal-.



DIFERENTES MANERAS DE APRENDER LENGUAJE

Hay algunas maneras específicas especiales de enseñar a niños que no pueden oír bien. Tus hermanos pueden aprender con una o más de estas formas.

Una manera es el método auditivo/oral. Los niños son enseñados a usar el residual auditivo, la capacidad auditiva que ellos poseen, tanto como es posible. Les da mucha posibilidad de poder (imitarlo, repetirlo). Algunos niños observan al normoyente. Esto es llamado lectura labial. Los niños aprenden a desarrollar la comunicación oral.

Algunos niños están aprendiendo a comunicarse usando programas de audición/verbal. Este es similar al programa de audición/oral. La atención es dada usando sus restos auditivos para aprender a hablar. La lectura labiofacial no es la más recomendada pero tal vez sea la más usada.

Algunos niños aprenden a comunicarse mediante un lenguaje con el uso de signos. Ellos usan el movimiento de sus manos y dedos para entender diferentes palabras u oraciones. Hay diferentes tipos de lenguaje de signos. Uno es el llamado Lenguaje de Signos Americano. Muchas veces es llamado ASL y éste es un lenguaje especial.

Algunos tipos de lenguaje de signos se basan en la lengua inglesa. Un ejemplo es Signo Exacto en Inglés. Algunas veces llamado con las siglas S.E.E.

La comunicación total es otra maneras de enseñar a los niños con deficiencia auditiva. En ésta se usa el lenguaje hablado, el resto auditivo, y el lenguaje de signos de manera conjunta.

Algunos niños aprenden con señales especiales hechas cerca de la boca. Esto es llamado lenguaje de claves (Cued speech). Algunos sonidos y palabras se miran igual en los labios como "Mamá" y "Papa". El lenguaje de claves ayuda a los niños a saber como se dicen las palabras.

ESTE ES UN JUEGO DE LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN

Aquí se muestra un juego con los diferentes tipos de comunicación. Relaciona el tipo de comunicación con su descripción (coloca la hoja de cabeza, para ver las respuestas).

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Auditivo/Oral | a) Usa signos hechos con las manos |
| 2. Comunicación Total | b) Usa el escuchar y la lectura labial |
| 3. Lenguaje de Signos | c) Usa el escuchar |
| 4. Auditivo/Verbal | d) Usa lenguaje signado junto con palabras
habladas |
| 5. Lenguaje de Claves | e) Un sistema de signos con manos cerca de la
boca |

(1 . b , 2 . d , 3 . e , 4 . c , 5 . e)

¿Qué tipo de comunicación está aprendiendo tu hermano?

Pide ser incluido en la comunicación de tu hermano. Entonces cada uno podrá mantener su conversación.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Las palabras pueden ser fáciles de entender si dos personas hablan el mismo lenguaje. ¿A qué se refiere la comunicación no verbal?. Eso es fácil de entender. Mira estos dibujos. ¿Qué piensas que la gente esta diciendo?.



No importa que método de comunicación haya aprendido tu hermano, él o ella también usa la comunicación no verbal. Esta es una manera en que tu hermano o hermana pequeña pueden decirte algo. Los hermanos pueden demostrar lo que él o ella sienten. Y, él o ella pueden hacer esto sin hablar palabras o lenguaje de signos.

Hagamos un juego. Observa a tu hermano, fijate en su comunicación no verbal. En este lugar escribe la comunicación no verbal que usa tu hermano. O, tú puedes dibujar imágenes de lo que tu hermano hizo.

RESPUESTAS PARA COMUNICACIÓN NO VERBAL

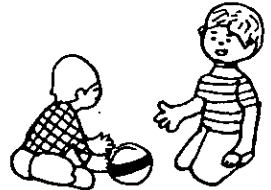
¿Cómo puedes responder a la comunicación no verbal de tu hermano?. Quizás logres saber o entender lo que tu hermano o hermana quiere decir. Aquí hay otra idea, también ¡Dile a tu hermano PALABRAS, también!

Tal vez harías sonidos fuertes. Aquí están algunos ejemplos para intentar.

* Tu hermano te muestra su zapato. Tú puedes decir: "Oh, Tú quieres ayuda para ponerte el zapato. Yo te ayudaré a ponerte tu zapato".



* Tu hermano está rodando la pelota hacia ti. Tú puedes decir "Pelota, tú quieres jugar pelota. Rueda la pelota".

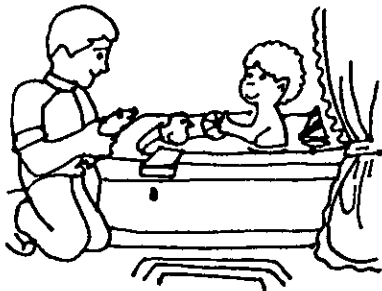


* Tu hermano tiene un juguete especial, él o ella sonríe. Tú puedes decir: "Tú estás feliz, te gusta tú muñeca".

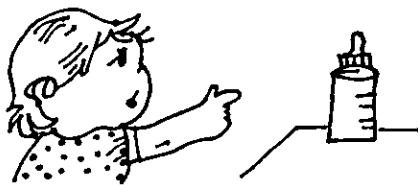


Es importante hablarle a tu hermano o hermana. Tu hermano debe aprender a entender muchas, muchas palabras, antes de que él o ella diga su primera palabra. Así, que recuerda hablar acerca de lo que tú estás haciendo y hablar acerca de lo que tu hermano está haciendo. En cualquier momento estará bien hecho.

Aquí está una indicación especial para hablarle a tu hermano. Acércate a tu hermano, ayúdale a que pueda ver tu rostro. Cuando tu haces esto, haces que sea más fácil que tu hermano vea y escuche tus palabras.



Mira este dibujo. Abajo del dibujo pon las palabras que tú podrías usar.

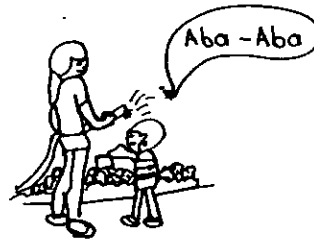


AYUDANDO A LA COMUNICACIÓN ORAL

Aún, los niños que no pueden decir palabras usan sus voces. Escucha a tu hermana o hermano. ¿Qué oíste? Aquí en este lugar escribe los sonidos que tú escuchaste.

Tal vez tú escuchaste que tú hermano ríe o llora. ¡Tal vez él o ella gritaron!, o tal vez tu hermano hizo algunos balbuceos como: “ba,ba”, “aah, aah”, o “mmm”. Tal vez tu hermano trató de decir una palabra. Escucha una vez más, tal vez tú escuchaste: “No, adiós, mamá, “aba, aba” para decir agua; estas son palabras que todos los niños aprenden.

Esto es emocionante para todos los miembros de tu familia; cuando tu hermano o hermana usa su voz para comunicarse, tú puedes animar a tu hermano o hermana a poder usar su voz, ¿Cómo?: Dale a tu hermano una gran sonrisa. Dile “¡Yo te escucho!”. Tu puedes continuar dando a tú hermano las palabras. Tu puedes decir “Tú quieres agua” si tu hermano dice “ABA-ABA”. Cuando tu dices agua tu estas **modelando** la palabra.



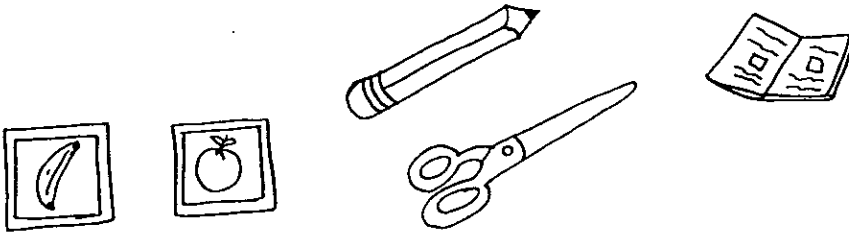
Tal vez tu hermano es muy joven o apenas inicia el uso de su voz. Los sonido que tú escuchas son un balbuceo. Esto también es bueno. Es el inicio del habla, haz un juego de voces con tu hermano. Esto es sencillo, divertido y fácil. Si tu hermano dice “ba ba ba” di: “ba ba bo” o “ba ba ba”. Haz que tu hermano o hermana cambie turnos contigo. Cambiar turnos es importante para aprender a conversar.



IMÁGENES PARA COMUNICAR

Tú puedes usar imágenes también para comunicarte. Aquí hay algunas cosas que tú puedes hacer con dibujos. Tú puedes explicar algo. Tú puedes hacer un libro. Tú puedes crear una máquina de juegos. Tú puedes hacer un juego especial para cada tema especial, como comidas o ropas. También puedes usar fotografías.

¿Cómo puedes conseguir dibujos? Mira alrededor en algunas revistas o catálogos. Tal vez tus padres, abuelos, primos, o amigos pueden darte algo. Consigue algo para envolver o una caja para tus dibujos.



Aquí hay algunas ideas para recortar tus dibujos:

1. Ropa para la escuela
2. Ropa para dormir
3. Actividades para dormir
4. Algo para tomar
5. Algo para comer en el desayuno
6. Juguetes que se muevan
7. Algo que haga ruido
8. Algo que sea rojo
9. Cosas que sean redondas
10. Algo con ruedas

¿Qué otras ideas tienes tú?

Si tú tomas fotografías, aquí tienes unas ideas para tus fotografías:

1. La celebración de un día de fiesta.
2. Una fiesta de cumpleaños.
3. Los miembros de la familia.
4. Las vacaciones.
5. Los cuartos de tu casa.

¿Qué otras ideas tienes ?

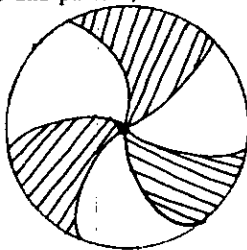
Juega con tu hermano con éstas fotografías. Tú puedes nombrarle las cosas mientras estás sentado o jugando con él.

También puedes hacer algunos pequeños libros sobre comida, vestidos o de juegos. Cuando tú y tus hermanos miran las fotografías juntos. Tu puedes divertirte . ¿ Sabes qué más?, tú y tu hermano están aprendiendo y compartiendo. ¡Bien por tí!

COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE PALABRAS IMPRESAS

Al leer este libro, tú aprendiste que hay muchas maneras para comunicarse. Las palabras impresas pueden ser usadas para comunicarse. Estas pueden describir pinturas, fotografías o dibujos. Pueden estar en un libro que tú leas. Pueden ser las palabras que tú escribes en una carta.

Cuando compartes tus dibujos con tu hermano o hermana, tú puedes escribir una palabra, unas cuantas palabras o una oración corta debajo del dibujo. Estás preguntándote: ¿Qué podría yo escribir? Intenta esto. En este lugar escribe una palabra, una frase (una pequeña palabra), y una oración corta acerca del dibujo.



1. Palabra: _____

2. Frase: _____

3. Pequeña oración: _____

COMO LEER

Esto fué fácil. Ahora puedes leerle tus palabras a tu hermano. Aquí hay tres maneras diferentes para leerle a tú hermano o hermana.

1. Siéntate cerca de tu hermano. Cuando tú lees, puedes señalar el dibujo. Tu hermano puede usar sus restos auditivos para escuchar lo que señalas.



2. Permite que tu hermano se siente en tu regazo, entre tus piernas, cuando leas la historia o parte de los dibujos. Esta es otra forma para que tu hermano use sus restos auditivos. Tal vez él o ella, sea capaz de sentir las vibraciones de tu voz.



3. Permite que tu hermano se siente frente a ti. Toma el libro o dibujos de los que hablarás. Se cuidadoso, no cubras tu cara. Ahora tu hermano esta usando dos cosas; lo que le queda de sus restos auditivos y la vista.



10.- ESCUCHAR TAMBIÉN ES IMPORTANTE

Tú sabes ahora que todos pueden aprender acerca de los sonidos. Hay muchos tipos de sonidos. Por ejemplo: los sonidos que hace el agua corriendo en la regadera (al bañarte). Aquí hay un espacio para que tú escribas acerca de cosas que hagan sonido.

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

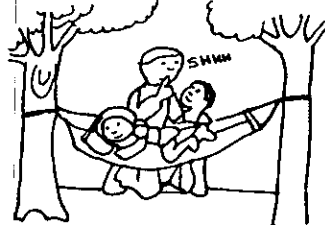
Mira tu lista. ¿Son estos algunos sonidos que tú puedes encontrar en la casa?. Algunos sonidos cotidianos de la casa son: la lavadora de ropa, aspiradora, secadora de cabello, el correr del agua, microondas y televisión.



¿Podrías reconocer algunos de los sonidos externos (fuera de casa)? Algunos sonidos externos son: aviones, carros y la lluvia.

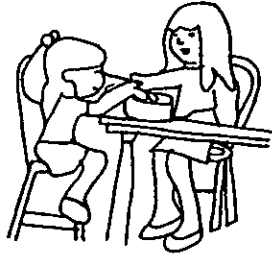


Algunos sonidos los puede producir la gente como: al hablar, toser, cuchichear, cantar o estornudar.

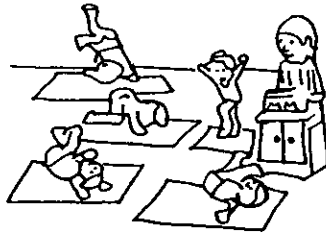


Algunos son muy ruidosos. Pero otros son suaves. Tú hermano necesita conocer todo de las cosas que producen sonidos o ruidos. Tú puedes ayudarle. Tú puedes indicar los sonidos externos. Tu puedes hacer un juego auditivo con tu hermano.

Aquí hay un juego auditivo para realizarlo con tu hermano. Golpea la cacerola con la cuchara permítele ver a tu hermana como lo haces. Ahora deja que el lo haga. Sorprendete cuando escuches el sonido. Señala tu oído y di “Oh yo lo escuché”.



Aquí hay otro juego auditivo. Este juego es el de “estatuas” Tú puedes invitar algunos amigos o primos a jugarlo. Produce la música por un momento. Asegúrate que esté bastante fuerte. Todo mundo se “congela” cuando la música se detiene, inicia la música nuevamente. Después de unos momentos se detiene otra vez. De nuevo todo mundo se congela. De repente detén la música. Tú decides cuando termina el juego.



¿Tienes algunas ideas para juegos auditivos? Abajo, escribe ideas para juegos auditivos.

11.- MÁS RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A MI HERMANO

Has aprendido acerca del lenguaje, acerca del escuchar, acerca del tipo de comunicación y acerca del tipo de amplificación. Tú has aprendido ahora cosas nuevas. Estas son otras maneras especiales que ayudan a la gente que tiene deteriorada su escucha, son llamadas asistencia dirigida. La asistencia dirigida ayuda a la gente a ser independiente.

Un tipo de asistencia dirigida es el llamado **decodificador**, se encuentra en la TV. Algunas veces el decodificador se construye dentro de la TV. Algunas veces es una parte separada a la TV. Los decodificadores permiten a las personas leer las palabras que dice la gente. Las palabras impresas son llamadas **captadores**. Tú hermano tal vez sea joven para leer. ¿Podría él o ella aprender a escuchar a través de una imagen correctamente? Si tú tienes un decodificador, lee el mensaje. Esto es divertido.



Otro tipo de asistencia dirigida es el teléfono. Este es llamado **TTY o TDD**, Instalado al teléfono, escribe el mensaje para la gente que tiene problemas auditivos. Cada persona tiene un pequeño aparato teletipo. Cada persona puede regresar las palabras grabadas y puede cambiar y leer las palabras.



Aquí hay otras asistencias dirigidas para personas que tienen una deficiencia auditiva: alarma reloj, en el que se activa un vibrador cuando la alarma suena, luces que encienden cuando alguien timbra la puerta, luces que encienden cuando el teléfono suena.

También se utilizan perros entrenados especialmente que ayudan a la gente que tiene el oído lesionado. Estos son llamados perros guías.

Nuevas asistencias dirigidas están siendo inventadas cada día. Quizás tú pensarás en una nueva asistencia dirigida para ayudar a tu hermano.

OTRAS RECOMENDACIONES PARA COMUNICARTE CON MEJOR CON TU HERMANO

El lenguaje que se debe emplear con los niños hipoacúsicos debe ser corto y simple, tiene que estar en el nivel adecuado para que lo entiendan y no se debe de hablar demasiado rápido; los niños necesitan tiempo para entender lo que se les dice y relacionarlo con situaciones presentes.

Para saber cual es el mejor nivel de comunicación que se debe utilizar, podemos basarnos en los siguientes puntos:

- 1.- No utilizar "lenguaje de bebé"
- 2.- Utilizar un lenguaje que este un poco más elevado del que el niño emplea
- 3.- Hablar despacio
- 4.- Pronunciar claramente las palabras
- 5.- Utilizar oraciones sencillas
- 6.- Darle tiempo al niño para responder y expresarse
- 7.- Asociar las palabras con acciones

La mayoría de las veces esperamos que nuestros hermanos tengan una comunicación excelente con nosotros, es decir, que todo aquello que piensan y desean nos lo digan, pero esto no siempre sucede y para que los niños se sientan más comprendidos y puedan expresar mejor sus sentimientos y deseos se puede usar las siguientes propuestas:

a) **PRESTAR MAYOR ATENCION** : Es importante prestar atención a nuestros hermanos ya que si no los atendemos provocamos que sientan tristeza y podemos hacer que no vuelvan a comunicarse. Hay que tomar en cuenta todos los intentos del niño para comunicarse y básicamente en aquellos que hace para producir una palabra.

b) **TENER PACIENCIA**: Cuando tu hermano busque comunicarse contigo trata de ser paciente, dale tiempo suficiente para responder o para comunicarse y no lo interrumpas.

c) **CUANDO TU NO LO ENTIENDAS**: Algunas veces tu hermano "habla" contigo, pero tu no lo entiendes, entonces es necesario para comprenderlo que le hagas preguntas o repetir lo que si le entendiste.

12.- ¡UN JUEGO PARA TI!

Aquí tienes unas palabras. ¿Puedes encontrar en la sopa de letras cada palabra? Observa de derecha a izquierda, de arriba hacia abajo, en forma vertical y diagonal. La primera ya está hecha para ti.

amplificación
 decodificador
 martillo
 no verbal
 hermano

libro
 perro
 música
 lámina
 ondas sonoras

coclea
 oreja
 ruido
 restos auditivos
 lenguaje

T R E S T O S N V H E A L S Y N G A
 O S A U D I T I V O S H M O N D A S
 E M K L E M C M N O L R P N R L T U
 Q U S O R E J A A B E W L O Y O L Z
 A S Z N C H E R M A N O A R P R B E
 R I G O H E N T O P G Z M A X R L S
 U C Z A B C R I C B U H I S A E S E
 P A T N C O C L E A A O N H R P O T
 N O V E R B A L B A J X A C U X R Z
 M R O S L D T O N G E S D S I C B U
 A U T O M O V Y U V O T D U D O I M
 L **A M P L I F I C A C I O N** O R L D
 P E Y L R O D A C I F I D O C E D A

13.- ¿CÓMO TE SIENTES ? ¿QUÉ ESTAS PENSANDO?

Cada uno de ustedes que está leyendo este libro pertenece a una familia. Cada persona en su familia es muy especial. Una persona puede ser chistosa, otra puede ser seria. Alguien podría hacer mucho ruido. Alguno puede ser muy callado, otro puede ser muy alto. Otro puede tener una sonrisa muy especial. Alguien puede tener el cabello rizado. Sin embargo, aún cuando cada uno es diferente, todos tienen algo en común: que pertenecen a una familia.

Aquí tienes un lugar para dibujar a tu familia. ¡No se te olvide dibujarte a ti!

Cada miembro de la familia cuida al otro. Algunas veces ustedes son felices uno con el otro. O, podrías sentirte muy orgulloso. Algunas veces puedes sentirte triste o enojado. Cada uno tiene algunos sentimientos acerca de la gente que ama.

1. ¿Tienes más de un hermano? Tú puedes tener sentimientos especiales para cada uno de tus hermanos. ¿Qué hay acerca de tu hermano que tiene el problema auditivo? ¿Tienes algún sentimiento especial hacia él o ella?. Puedes sentirte protector, interesado, avergonzado o un poco asustado.

Aún cuando tu quieres a tu hermano o hermana pequeña quien tiene la pérdida auditiva, podrías desear que algunas cosas fueran diferentes.

Aquí tienes un lugar para escribir tus sentimientos acerca de tu hermano (a) con problema auditivo.

SENTIMIENTOS QUE ME GUSTAN

Tú has estado escribiendo acerca de tus sentimientos. Alguno de ellos puede hacerte sentir bien, pueden gustarte. Deseas que este sentimiento dure por siempre. Piensa por un minuto ¿Qué sentimientos son los que te hacen sentir bien?.

Escribe abajo algunos sentimientos que te hacen sentir bien. Si tu quieres, haz un dibujo de esos sentimientos. (Puedes usar la página que sigue).

Muchas cosas pueden hacerte sentir bien. Algunas de ellas son sentimientos de querer, amar, seguridad e inteligencia. ¿Alguno de éstos está en tu lista?

SENTIMIENTOS QUE NO ME GUSTAN

Algunos sentimientos no nos hacen sentir bien. Estos son sentimientos que expresas cuando estás llorando, gritando, escondido, o enojado. Tu desearías que esos sentimientos se fueran.

Escribe abajo algunos sentimientos que te hagan sentir de esta manera. O, dibuja alguna cosa que no te guste (puedes usar la siguiente página.)

Así como hay sentimientos que te gustan, hay sentimientos que no te gustan. Algunos de éstos son cuando te sientes triste, enojado, espantado, estúpido, celoso, - quieres tener algo que otra persona tiene o envidia. ¿Alguno de éstos está en tu lista?

Algunas veces tienes un sentimiento que te gusta y uno que no te gusta al mismo tiempo. Pretendes que tu amigo tenga un nuevo juguete, tu siempre has querido ese juguete y te sientes feliz por tu amigo. Sientes también una pequeña tristeza y desearías que ese juguete fuera tuyo.

¿Puedes recordar alguna vez cuando tuviste un sentimiento que te gusta y uno que no te gusta al mismo tiempo?. Aquí tienes un espacio para que escribas lo que pasó.

Aquí tienes algunas situaciones. Piensa ¿cómo te hace sentir cada una?

1.- Mamá te compró un regalo sin ninguna razón especial:

2.- Tu hermano con deficiencia auditiva dijo dos palabras:

3.- Tú pagaste por algo que no hiciste:

4.- Tú no puedes jugar afuera a menos que llesves a tu hermano con deficiencia auditiva:

5.- Tienes que pararte en frente de la clase y hablar acerca de un libro que leíste:



EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

¿Cómo puedes mostrar tus sentimientos? Puedes usar palabras, usar acciones o no hacer nada. Es tiempo de usar tu imaginación. ¡Excelentes noticias! Has llegado justo a la parte que tu querías en el juego de la escuela.

Dibuja como te sientes.

¿Cómo puedes mostrar tus sentimientos sin palabras?

¿Qué palabras puedes usar para mostrar tus sentimientos?

Alguna de las maneras como puedes mostrar tus sentimientos sin palabras son: sonriendo, brincando arriba y abajo, aplaudiendo, chocando las manos y haciendo una seña con el dedo pulgar.

Algunas palabras que puedes usar son: "excelente", "sí", "guauuu", "estoy muy emocionado".

Usa tu imaginación otra vez. Tu hermano toma tu libro favorito y lo rompe. Dibuja cual es tu sentimiento.



¿Cómo puedes mostrar ese sentimiento sin palabras?

¿Qué palabras puedes usar para expresar ese sentimiento?

¿Qué hay acerca de aquellos sentimientos que no te hacen sentir bien?. ¿Cómo puedes mostrarlos?

Tú puedes brincar, golpear con un puño tu mano, llorar, fruncir el ceño o hacer pucheros.

Algunas palabras que puedes usar son: ¡No!, ¡Tú hieres mis sentimientos!, ¡No estoy jugando!, “Vete”. Cada uno necesita expresar sus sentimientos, esto también es importante para ti el dar a conocer a las personas como te sientes y necesitas tratar de expresar tus sentimientos sin hacer daño a algún otro.

Si tú sientes que quieres golpear a tu hermano (por arruinar tu libro) ¿qué puedes hacer al respecto?. Puedes decírselo a tus padres o a tus abuelos. Hablar es de mucha ayuda. Puedes brincar arriba y abajo para deshacerte del sentimiento de enojo. Entonces puedes decir “¡No!. Es mío”. “Estoy enojado contigo”. Tu tono de voz y tu mirada en tu cara le dirá a tu hermano justamente lo que sientes.

Hemos estado hablando mucho de los sentimientos. Todos los tenemos. ¿Verdad?. Aquí están algunos otros sentimientos y pregunta a otros hermanos o hermanas si los han compartido. Tal vez ellos están en tu mente, también.

¿PODRÍA PERDER MI AUDICIÓN? Probablemente no, pero te podría interesar el conocer que casi todos tenemos alguna pérdida auditiva cuando envejecemos, tan viejos como un abuelo o bisabuelo.

¿DUELE EL TENER PERDIDA AUDITIVA? No. Tener una pérdida auditiva no causa dolor. Por supuesto que algunas veces las personas pueden adquirir una infección en el oído, que puede doler. ¿Alguna vez has tenido una? ¿Y te dolió?

¿MI HERMANO SIEMPRE NECESITA USAR EL AUXILIAR AUDITIVO? ¡Sí!. Tu hermano o hermana necesitará siempre usar su auxiliar. Usar la amplificación le ayudará a tu hermano o hermana a estar en contacto con el mundo del sonido.

¿MIS PADRES QUIEREN A MI HERMANO MAS QUE A MI PORQUE NO PUEDE OIR? No, tus padres tienen un gran corazón. Hay un espacio para amar a cada uno de los miembros de tu familia.

¿POR QUÉ MI HERMANO LLAMA MAS LA ATENCIÓN? ¡Buena pregunta!. Muchas veces pasa que toma más tiempo comunicarse con alguien que no puede oír. Recuerda tienes que observar cuidadosamente para ver que es lo que tu hermano está tratando de decirte. Eso toma tiempo. Una persona con deficiencia auditiva necesita mucho tiempo extra para aprender.

ME SIENTO UN CERO A LA IZQUIERDA CUANDO MI HERMANO CONSIGUE TODA LA ATENCIÓN. Sentirse un cero a la izquierda no es agradable. ¿Qué puedes hacer?. Usar tus palabras. Dile a tus padres: me siento un cero a la izquierda, quiero ser integrado, valorado. Cuando tu mamá y papá saben como te sientes, ellos harán algo al respecto.

ALGUNAS VECES CUANDO LA FAMILIA SALE FUERA, LA GENTE HABLA SOBRE MI HERMANO. Este es otro sentimiento que no es agradable. Las personas no siempre son corteses. Hay ocasiones en que tu no puedes hacer nada. Si alguien te pregunta porque tu hermano habla diferente, tu puedes decirle: "El no puede oír muy bien. Sus auxiliares auditivos le ayudan. El está aprendiendo a escuchar".

ALGUNOS NIÑOS Y NIÑAS SE BURLAN DE MI HERMANO. Cuando esto pasa, tú no tienes sentimientos agradables. ¿Qué puedes hacer?. Tu podrías no hacer nada o alejarte. O tú puedes usar palabras para enseñarles a ellos acerca de tu hermano.

A VECES ME SIENTO AVERGONZADO CUANDO MI HERMANO SE COMUNICA. A nadie le gusta sentirse diferente. ¡Estos sentimientos son normales!. Todos nos sentimos incómodos algunas veces. Sólo conociendo como tú algunas veces te sientes hará las cosas más fáciles. Habla con tus papás.

¿CUANDO MI HERMANO (A) CREZCA, EL (A) SERÁ CAPAZ DE VIVIR POR SI SOLO?. Tu hermano está empezando a tiempo un camino por aprender. El o ella está aprendiendo todas las cosas de la vida que tú estás aprendiendo también.

¿SI YO TENGO NIÑOS CUANDO CREZCA, PODRÁN OÍR?. Cuando tu crezcas, te puedes casar, y desear tener una familia. Habla con tus padres o con el doctor de la familia, y preguntales eso. Tal vez ellos tengan alguna respuesta.

¿TIENES ALGUNAS PREGUNTAS O PREOCUPACIONES? Puedes escribirlas aquí abajo.

14.- TAMBIÉN TU PUEDES AYUDAR A TU HERMANO Y A OTROS.

Algunas veces cuando tu conoces más acerca de una persona, la entiendes mejor. Aquí están algunas cosas que puedes hacer para aprender más acerca del mundo de tu hermano.

1.- Visita la escuela de tu hermano. Observa la escuela. Trata de visitarla cuando tu hermano esté ahí. Conoce al maestro y alguno de sus compañeros.



2.- Aprende el sistema de comunicación que tu hermano está aprendiendo. Pide ser incluido en alguna de sus lecciones. Ve si hay un libro especial que puedas leer.

3.- Hazte una prueba auditiva. Pregunta al audiólogo las dudas que tengas.

4.- Prueba el amplificador de tu hermano. Imaginate como podría ser el usarla por todo el tiempo. Pide a tus padres a que te enseñen a como ayudar a cuidar el auxiliar.

5.- Ve si hay un grupo especial para hermanos y hermanas al que puedas asociarte. Algunas ciudades tienen grupos de apoyo para hermanos de niños con necesidades especiales. Algunos grupos son sólo para hermanos con deficiencia auditiva. Algunos grupos son para aquellos niños cuyos hermanos tienen otros desafíos especiales. Si no hay un grupo donde vives podrías comenzar uno tú, un padre, maestro o amigo podría ayudarte.

6.- Invita a personas mayores con deficiencia auditiva a una sesión a tu escuela. Ellos pueden decirte sobre su vida. Tu puedes preguntarles otras cosas también.

7.- Comenta en tu clase acerca de vivir con tu hermano con deficiencia auditiva. Tal vez tu hermano pueda ir a tu escuela. ¿Alguno de tus compañeros tiene hermanos con necesidades especiales también?. Pregunta.

8.- La pérdida de audición de tu hermano es causa de una enfermedad o de un síndrome? Trata de aprender más al respecto. La biblioteca es un buen lugar para comenzar. O podrías hablar con el doctor de la familia. Podrías escribir un reporte y presentarlo en tu clase acerca de lo que aprendiste.

9.- Escribe una historia. Tu historia puede ser sobre tu hermano el cual no puede oír bien. Tu historia puede ser sobre tus sentimientos hacia tu hermano con deficiencia auditiva. Tu historia puede ser sobre tu familia. ¿Qué más podrías escribir?



15.- PALABRAS QUE DEBES CONOCER.

PERSONAS.

AUDIÓLOGO: Un audiólogo es la persona que examina el oído. El audiólogo puede decir si necesita algún auxiliar auditivo y sugerirá el tipo de auxiliar auditivo y algunas veces hará impresiones para moldes de la oreja.

DISTRIBUIDOR DEL AUXILIAR AUDITIVO: El distribuidor del auxiliar auditivo vende los auxiliares auditivos y hace la impresión de moldes para la oreja y repara los auxiliares auditivos si se rompen.

OTÓLOGO: Un otólogo es el médico que trata los problemas del oído.

TERAPEUTA DE LENGUAJE: La terapeuta es como una maestra. Una terapeuta es quien trabaja con niños con deficiencia auditiva y puede llamarse terapeuta de lenguaje o terapeuta del habla.

MAESTRO: Un maestro puede ir a tu casa a trabajar con tu hermano, o enseñarle a tu hermano en el salón de clases. El maestro puede ser maestro de salón de clases auxiliar, o un maestro especial para niños que tienen pérdida auditiva.

PALABRAS SOBRE SORDERA.

ATRESIA: Significa que alguna cosa está fallando en el oído. Una persona que tiene atresia podría no tener oído externo o podría tener sólo una parte del oído externo.

PERDIDA AUDITIVA CONDUCTIVA: Una persona tiene pérdida auditiva conductiva si ella o él tiene atresia o un problema en el oído medio.

PERDIDA AUDITIVA SENSORIO-NEURAL. Algunas veces este tipo de pérdida es llamada "Sordera del nervio". Esto pasa cuando hay un problema en el oído interno o con un nervio auditivo.

PERDIDA AUDITIVA MIXTA: Significa que hay una pérdida conductiva y una pérdida sensorineural al mismo tiempo.

SORDERA ADQUIRIDA: Esta es una pérdida auditiva que sucede algún tiempo después de que la persona nació.

SORDERA CONGÉNITA: Esta es una pérdida auditiva que se presenta desde que la persona nace.

SORDERA POSTLINGÜÍSTICA: Esta es una pérdida auditiva que se presenta después que un niño o niña pequeña ha aprendido a hablar.

¿Hay algunas otras palabras que tú quieras saber?. Escribe aquí abajo:

CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA PADRES

1.- ¿Ha comentado su hijo (a) lo sucedido en las reuniones?

SI NO

COMENTARIOS:

2.- ¿Parece que su hijo (a) disfrutó de las reuniones?

SI NO

COMENTARIOS:

3.- ¿Cree que su hijo (a) aprendió en el taller?

SI NO

COMENTARIOS:

4.- ¿Hay alguna actividad que haya causado una fuerte impresión en su hijo (a)?

SI NO

COMENTARIOS:
