

5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUA-
CION EN LOS GRUPOS DE ORIENTACION
FAMILIAR QUE SE DESARROLLAN EN EL
SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA
(HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA

SANTIAGO EDUARDO BERNAL CAMPOS



ASESOR DE TESIS: MTA. SOCORRO GARCIA RIVAS

CIUDAD UNIVERSITARIA

MARZO DEL 2001

290165



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo se lo quiero dedicar aquellas personas que apoyaron en especial a:

Maestros:

- *Mtra. Socorro García Rivas*
- *Mtra. Julieta Flores Santacruz*
- *Mtra. Elia Lazaro*
- *Al jurado quienes compartieron sus experiencias en el momento que revisaron la presente investigación*

"GRACIAS"

por la paciencia que me tuvieron

Un agradecimiento a todos mis compañeros y amigos que me apoyaron en la elaboración de mi tesis.

"GRACIAS POR SU AMISTAD"

**"GRACIAS POR SU APOYO Y COMPRENSIÓN
MAMÁ Y PAPÁ**

**AMIS HERMANOS
ARELI, ARMANDO Y MARCO**

**EN RECUERDO A MIS ABUELOS QUIENES ME BRINDARON
APOYO Y CARIÑO**

FLORENCIO, TERESA Y ESTHER

**A MI EQUIPO DE TRABAJO
"BRIGADA CULHUACANES"**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL APOYO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE Y EL DESARROLLO.

1.1. Las funciones de la familia en el tratamiento del menor	1
1.1.1. Dinámica familiar	9
1.1.2. La familia como sistema en el desarrollo infantil	15
1.1.3. El niño y su desarrollo dentro del núcleo familiar	19
1.2. Desarrollo normal del niño	23
1.3. Trastornos aprendizaje	25
1.3.1. Trastorno de la lectura	25
1.3.2. Trastorno del cálculo	26
1.3.3. Trastorno de la expresión escrita	27
1.3.4. Trastorno del desarrollo de la coordinación	28
1.3.5. Trastorno del lenguaje expresivo	29
1.3.6. Trastorno mixto del lenguaje receptivo evolutivo	31
1.3.7. Trastorno fonológico	32
1.3.8. Tartamudeo	33
1.4. Trastornos generalizados del desarrollo	34
1.4.1. Trastorno autista	34
1.4.2. Trastorno de Rett	36
1.4.3. 1.4.3. Trastorno desintegrativo infantil	37
1.4.4. Trastorno de Asperger	38

CAPÍTULO II: EL TRABAJO GRUPAL EN EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA

2.1. El trabajo grupal en el tratamiento del niño	39
2.1.1. El trabajo grupal con padres	42
2.2. El Trabajo Social con grupos de orientación	44
2.2.1. El proceso y la estructura grupal	46
2.2.2. El Trabajo Social con grupos	51
2.2.3. La orientación: una forma de intervención del Trabajador Social	52
2.2.4. La orientación en grupos	55
2.2.5. El Trabajo Social con grupos de orientación	57
2.3. Funciones de los grupos de orientación	60
2.3.1. Objetivo del proceso grupal	61
2.3.2. Organización	62
2.3.3. Desarrollo	64
2.3.4. Supervisión	65

CAPÍTULO III: LA EVALUACIÓN EN EL TRABAJO GRUPAL

3.1. Concepto de evaluación	68
3.1.1. Objetivos de la evaluación	69
3.2. Propósitos de la evaluación	71
3.2.1. Tipos de evaluación	73
3.3. Criterios para realizar una evaluación	75
3.3.1. Metodología de la evaluación	77
3.3.2. Proceso de evaluación	81
3.3.3. Modelos de evaluación	85
3.4. Evaluación en el proceso grupal	90

3.5. Utilidad de la evaluación en los grupos de orientación	93
---	----

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN EN LOS GRUPOS DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

4.1. Pasos para la construcción de un modelo de evaluación	94
--	----

4.2. Ejecución de la evaluación en el grupo de orientación familiar que se desarrollo en el Servicio de Hospital de Día	100
---	-----

CONCLUSIONES	140
---------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	143
---------------------	-----

ANEXOS	
---------------	--

INTRODUCCIÓN

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en su género en México, da atención en forma interdisciplinaria a niños que presentan alteraciones en su desarrollo, en donde el Paidopsiquiatra, el Psicólogo, y el Trabajador Social tienen una función específica dentro del tratamiento del menor.

Uno de los servicios con los que cuenta este Hospital es el de Hospital de Día, el cual fue creado para dar atención aquellos niños que presentan trastornos en el aprendizaje y en el desarrollo.

Este servicio lo constituye un equipo interdisciplinario en donde la intervención del Trabajador Social es la de abordar el ámbito social y familiar del paciente en tratamiento del aprendizaje, este profesionalista cuenta con las aptitudes, habilidades y destrezas en el manejo de caso y grupo. Se busca una atención profesional con la población que acude a esta unidad de tratamiento.

En base lo anterior el Trabajador Social justifica sus acciones de atención al público de manera educativa, asistencial, administrativa y de investigación con el fin de mejorar su calidad en el tratamiento de la familia y el paciente. Se prepara constantemente sobre el desarrollo y trastornos en el aprendizaje así como en la orientación familiar.

Esto permite que el Trabajador Social oriente de manera grupal a la familia ya que en ocasiones desconocen la magnitud del problema por falta de información. Por consiguiente, la formación de los grupos de orientación familiar tiene como finalidad, impulsar a la familia a expresar sus conflictos, aprendiendo a darle solución a sus problemas para contribuir en el tratamiento del paciente.

Esto se puede observar con la evaluación, la cual va a permitir analizar aquellas conductas que los padres reflejan en el momento en que se les proporciona la información en cuanto al manejo del paciente. Al mismo tiempo

la evaluación profunda permitirá mejorar el servicio terapéutico y de tratamiento del niño en el núcleo familiar.

En ocasiones la familia por falta de una información adecuada pierde el control y manejo del menor en tratamiento. Tomando actitudes agresivas hacia el niño transmitiendo inseguridad y baja autoestima al menor, lo cual obstaculiza su desenvolvimiento dentro y fuera del núcleo familiar.

Debido a lo anterior y a los problemas de salud mental que presentan los menores que acuden al servicio de Hospital de Día es necesario proporcionar información y orientación a los padres de familia, por medio de sesiones grupales así pues tenemos que la presente investigación tiene como objetivo elaborar una propuesta de un modelo de evaluación en el grupo de orientación familiar, que se desarrolla en el Servicio de Hospital de Día. Así como el de evaluar la importancia que tienen los grupos de orientación en el tratamiento del niño.

Por lo que en esta investigación se expone en el primer capítulo, el apoyo familiar en el tratamiento del menor en el cual se expondrán a grandes rasgos aquellos aspectos familiares que estén involucrados en el tratamiento del paciente asimismo se dará una breve explicación del desarrollo del niño y de aquellos trastornos del aprendizaje y del desarrollo que afectan al menor.

El capítulo dos contempla el trabajo grupal así como la intervención del trabajador social en el tratamiento del menor se descripción de aquellos aspectos relacionados al proceso grupal.

En el capítulo tercero se abordara todo lo relacionado a la evaluación en donde se describirán aquellos elementos que permitan evaluar un grupo de orientación. En el capítulo cuarto se presentaran aquellos elementos que permitan construir un modelo de evaluación el cual fue aplicado en un grupo que se desarrollo en el Servicio de Hospital de Día presentando los resultados obtenidos en la evaluación grupal.

CAPITULO I

EL APOYO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE Y EL DESARROLLO

1.1. LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL MENOR.

La familia es una institución tan antigua como la misma especie humana, representa el primer ámbito de formación para el individuo y es el que proporciona el cuidado y la educación. Se caracteriza por estar organizada e integrada por miembros con roles específicos. Dentro de ésta se desarrollan fuerzas afectivas que trascienden al grupo familiar y condicionan las relaciones de los miembros de la familia en la sociedad. Por lo que se puede deducir que es la cuna de la socialización.

Existen variaciones en la estructura las cuales se pueden presentar en cuanto a su integración funcional y son transformadas por el lugar geográfico y la época en la que vive la familia.

Minuchin refiere que "la familia cumple funciones que sirven a dos objetivos distintos: uno interno, que se refiere a la protección psicosocial de sus miembros; y el otro externo, que es acomodar a sus integrantes a la cultura y transmitirles esa cultura. En la sociedad, la tarea psicosocial fundamental de la familia ha alcanzado más importancia que nunca. Sólo la familia, la más pequeña unidad social puede cambiar y al mismo

tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de los niños".¹

Las funciones de la familia se pueden dividir en:

1) "FUNCIONES GENERALES:

- Conservar la especie.
- Transmitir la experiencia cultural, los valores y las costumbres.
- Proporcionar al individuo, educación y el desarrollo de su carácter además de prepararlo para enfrentar a la sociedad.

2) FUNCIONES SOCIALES:

- Proveer de alimento, abrigo y necesidades materiales que mantienen la vida y la protección ante el peligro.
- Enseñar al individuo a relacionarse socialmente a través de lazos afectivos en las relaciones familiares.
- Promover al individuo identidad personal y familiar, para que logre enfrentar experiencias nuevas en su medio social.
- Preparar al individuo en el cambio sexual a través del moldeamiento de los roles sexuales para la maduración y la relación sexual.
- Aceptar la responsabilidad social y ejercerla para integrarse en los roles sociales.

¹ Minuchin Salvador, Fishman, H. *TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR*. Ed. Paidós, 5ª edición. México 1990. p.25.

- Fomentar el aprendizaje y apoyar la creatividad e incapacidad individual".²

Estas funciones varían dependiendo el tipo de familia, número de integrantes y de factores socioeconómicos y culturales.

A grosso modo la familia se divide en 3 tipos: familia nuclear la cual está compuesta por ambos padres e hijos; la extensa constituida por ambos padres, hijos y otros familiares (tíos, primos, abuelos, etc.), quienes habitan en la misma casa; la incompleta se caracteriza por la falta de uno de los padres ya sea por divorcio, separación o muerte.

En nuestro país es común observar que en la zona urbana hay un mayor número de familias nucleares, en cambio en las zonas rurales en su mayoría son familias extensas. Cada una tiene su estructura básica, existiendo modificaciones en el interior de estas. Cada familia posee características únicas como la urbana en donde la mujer tiene una amplia participación en el sustento económico así como en el intercambio de roles.

En las zonas rurales predomina la familia extensa en donde el padre es el que va a desempeñar la autoridad y la madre se encargará de las actividades domésticas, delegando a otras instituciones la educación y la socialización de los hijos.

Sea cual fuera el tipo de familia, no hay que perder de vista que es en ella donde se tiene el primer contacto y referencia de la vida, es aquí donde el individuo adquiere la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea, es la unidad básica del desarrollo, experiencia, realización o fracaso.

² Akerman, Natan. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Ediciones Homé, Buenos Aires Argentina. 1977. p. 39 - 40.

En la familia pueden prevalecer lo funcional y lo disfuncional de acuerdo a lo siguiente:

"FAMILIA FUNCIONAL: Esta se caracteriza por que:

- La dinámica familiar de estas familias, es la mezcla de sentimientos y expectativas entre los miembros que la integran, lo que permite un desarrollo y apoyo constante.
- Identifican sus problemas y los expresan de manera clara, directa y verbal.
- Después de un conflicto, no guardan rencores ni resentimientos.
- Se expresan libremente los sentimientos, a través de ternura física y verbal.
- En momentos de cólera y frustración se expresan sentimientos de rabia y desacuerdo pero son temporales.
- La familia acepta los errores y juntos tratan de resolverlos.
- Las crisis de depresión se resuelven en poco tiempo y hay apoyo de todos los miembros de la familia.
- La familia respeta la autonomía de cada miembro.
- Los padres están conscientes de que la familia se disolverá al separarse los hijos.
- Cada miembro de la familia marca límites y zonas de libertad al otro, aceptando o negando lo conocido.

FAMILIA DISFUNCIONAL: Se caracteriza por que:

- Existe incapacidad de dar o pedir afecto.
- Cuando están enojados o frustrados, lo ocultan y lo expresan indirectamente.
- En los periodos de crisis o depresión, se provocan situaciones de conflicto que al resto de la familia le afectan.
- Para evitar la incertidumbre, provocan comportamientos negativos sin esperar resultados de la situación.
- Los padres no aceptan la disolución de la familia y manipulan a los hijos para evitar su partida.
- Los roles son rígidos, están definidos y generalmente son idiosincráticos.
- Todos imponen límites, pero nadie los toman en cuenta, aparecen la rebeldía, castigos y dominio.
- Se guardan secretos de familia.
- El manejo de autoridad es sin control³.

Esto se complementa con el ciclo vital de la familia el cual esta conformado por etapas, en las que la familia y en especial el niño tiene que enfrentar a lo largo de su desarrollo.

Este se puede definir como el proceso evolutivo en el que se establecen etapas identificables que permiten visualizar las

³ Cielo Canales, Cristina et. al. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR Y FARMACODEPENDENCIA. Investigación acerca del grupo de DROGADICTOS ANÓNIMOS UN ENFOQUE DE TRABAJO SOCIAL. México . 1990. p. 48-51.

modificaciones y adaptaciones de la vida, desarrollando el desenvolvimiento de la familia y el individuo en base a su función.

Este ciclo se divide en 6 etapas que a continuación se explicaran:

PRIMERA ETAPA DESPRENDIMIENTO: Tiene una duración variable, no se sabe cuando va a llegar el desprendimiento, esto puede ser de los 15 a los 20 años de edad.

- Se inicia la búsqueda de la pareja, en la que puede existir:
 - Una apariencia o atracción física (olor, o humor de la persona).
 - Recuerdos o sentimientos de la otra persona.
 - Forma de actuar o reaccionar de la otra persona.
 - Los gustos, problema, actividades, apoyo, comprensión, afinidad, que involucren más a la pareja.

- De acuerdo a la edad, la selección de la pareja se lleva a cabo de diferentes formas:
 - Adolescente (14-17 años): con imaginación y fantasía.
 - Adolescente maduro (17-20 años): pareja de sus sueños con características físicas que él habrá soñado; sueño despierto.
 - Joven adulto (20-25 años): No olvida sus sueños pero se ubica más en la realidad.
 - Adulto joven (25-30 años): No olvida sus sueños pero se ubica más en la realidad.

- La selección se puede dar en cualquiera de estas fases. Dentro de la decisión tenemos:
 - Aceptación o rechazo de las familias.
 - Planes para el matrimonio.
 - Precipitación por casarse.

- Deseo de buscar apoyo y seguridad con las familias de origen.

SEGUNDA ETAPA ENCUENTRO: Tiene una duración del primero al tercer año de unión y tiene las siguientes características:

- La difícil adaptación entre la pareja por las diferentes costumbres que estos traen de sus familias de origen.
- Separación paulatina de las familias de origen.
- Dependencia posterior de las familias de origen.
- Problemas sexuales a falta de una comunicación más estrecha.
- Por inseguridad en las relaciones sexuales (por ejemplo):
 - Por la presencia de tabúes o mitos.
 - Por no establecer un acuerdo planeado en las relaciones sexuales.
 - Por cómo dar a conocer la insatisfacción sexual.
- Posible aparición de problemas de promiscuidad.
- Aparecen primeras peleas o desacuerdos.
- Intervención de las familias de origen en los conflictos.

TERCERA ETAPA LA LLEGADA DE LOS HIJOS: Su duración comprende del 3º al 8º año de unión y sus características son:

- Existen dudas si seleccionaron bien a su pareja, idea de separación o divorcio, por los hijos no lo hacen.
- Pueden aparecer, frustraciones, indecisiones, celos por presencia de amigos o antiguas novias o novios.

- Idea sobre la presencia de amantes.
- Involucración de los hijos en el conflicto.
- Suele aparecer la lucha por el poder.
- Pueden existir necesidades económicas que se convierten en un problema.

CUARTA ETAPA ADOLESCENCIA: Tiene una duración de 8 a 15 años de unión sus características son:

- Consolidación del matrimonio.
- No existe duda en cuanto a la relación de pareja.
- Pérdida del control sobre las acciones de los hijos.
- Pueden existir alianzas o coaliciones.
- Presentación de tabúes en la educación sexual.

QUINTA ETAPA EL RECUESTRO: Tiene una duración de 15 a 30 años de unión y tiene como características:

- Se hacen la idea de que deben estar unidos.
- Buscan la tranquilidad.
- Los conflictos van a estar centrados en la pérdida del atractivo.
- Pérdida de la habilidad física.
- Pérdida de la capacidad para llevar a cabo las relaciones sexuales.

- Buscan llenar la fantasía de tener relaciones con gente más joven.
- Aparición de enfermedades.
- Se empiezan a dar conflictos por la partida de los hijos.

SEXTA ETAPA LA VEJEZ: Está comprendida de los 30 a los 40 años de unión sus características son:

- Se quedan solos.
- Pérdida de las capacidades físicas.
- Llegada de los nietos que revitalizan.
- Los problemas suelen unirlos más.
- Miedo a la muerte o las enfermedades graves.

1.1.1. DINÁMICA FAMILIAR.

La dinámica familiar se encuentra conformada por una serie de aspectos, los cuales nos permitirán observar la interacción de cada uno de los miembros de la familia. Es así que Leopoldo Chagoya la define como la unión de "fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia haciendo que esta como unidad funcione bien o mal".⁴ La manera de pensar, sentir, actuar ante cada miembro de la familia en donde producirán acercamientos o alejamientos, desarrollando un clima de seguridad o ansiedad y de depresión.

⁴ Dulanto Gutiérrez, Enrique. LA FAMILIA MEDIO PROPICIADOR O INHIBIDOR DEL DESARROLLO HUMANO "DINÁMICA FAMILIAR". DR. LEOPOLDO CHAGOYA. Breviarios de Pediatría. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. México 1980. p. 53.

"Estas fuerzas positivas y negativas juegan un papel muy importante cuando permiten el desarrollo individual de los miembros de la familia; esto es, si los elementos de la dinámica familiar como lo es el establecimiento de límites, autoridad y comunicación, son accesibles para crear un ambiente de seguridad y bienestar de la familia, al alcance de los aspectos antes mencionados se irán adoptando a través de la cronología de conductas ejercidas en la familia, principalmente desde el tipo de relación que tengan los padres como pareja y de estos con sus hijos".⁵

Los elementos que conforman la dinámica familiar son:

1) PROBLEMAS SOCIALES: Estos se definen como aquellas situaciones que amenazan el bienestar físico o emocional de la familia.

PROBLEMAS AFECTIVOS: Son aquellos aspectos emocionales de la vida que pueden ser las contradicciones familiares, el manejo de autoridad, resentimiento, problemas en la relación de pareja, problemas de conducta y aprendizaje de los hijos.

PROBLEMAS INSTRUMENTALES: Son aquellos aspectos que comprenden la organización, planeación de la familia así como las deficiencias que esta pueda tener.

2) EMOCIONES: "Pueden considerarse como la forma de expresar toda emoción de manera verbal o no verbal, sin amenazas o agresiones y se puede dividir en dos formas:

⁵ Santillán Najera María Eugenia. *LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL (Hospital Psiquiátrico Infantil)*. Informe de Servicio Social, ENTS. UNAM. México D.F. 1996. p. 50.

EMOCIONES DE BIENESTAR: Son las que producen al individuo sensaciones agradables como: la alegría, felicidad, amor amistad, simpatía, placer, satisfacción, gratitud, etc.

EMOCIONES DE EMERGENCIA: Son las que producen al individuo sensaciones de desagrado o molestia como: coraje, ira, disgusto, miedo, depresión, llanto, odio, desagrado, rencor, tristeza, etc.

3) COMUNICACIÓN: Si tomamos en cuenta que el ser humano inicia la comunicación desde su entorno uterino y aumenta una vez que ha llegado al mundo, esta se convierte en un factor que se establece con el medio que lo rodea.

La comunicación abarca toda una gama de formas en que las personas intercambian información y cómo se proporciona esta. Siendo la base para el entendimiento y comprensión en la familia, lo que posibilita un conocimiento más profundo de cada uno de sus miembros.

La comunicación es un factor para el adecuado manejo de autoridad, normas y límites dentro del núcleo familiar y existen dos tipos de comunicación: verbal, la cual se establece a través de palabras y la no verbal, que se establece a través de actitudes y conductas.

Podemos decir que la comunicación en una familia funcional tiene tres características importantes:

- **CLARA:** Los mensajes son entendidos se expresan y son dirigidos correctamente.
- **DIRECTA:** Los mensajes son dirigidos a quien se desea.

- **CONGRUENTE:** Es compatible el mensaje verbal con el no verbal.

Asimismo, en una familia disfuncional se dará la forma contraria".⁶

4) ROLES: Son las funciones que se realizan en familia y que pueden ser realizados por todos de acuerdo a la jerarquía y a las relaciones entre todos ellos. En el tipo de rol podemos identificar si una familia es funcional o disfuncional pues es aquí donde se puede detectar a un "chivo expiatorio", crítica que no han podido enfrentar. Tiene que ver mucho con el resto de la familia y los límites para todos con todos, con manejo de las jerarquías y los propios roles.

ROLES TRADICIONALES: Es cuando la figura paterna funge como esposo y la figura materna como esposa; cuando él provee al hogar económicamente y ella se dedica a la crianza de los hijos y el hogar. Comúnmente conocidos como padre, madre, esposo, esposa, hermano, hermana, abuelo, etc.

ROLES IDIOSINCRÁTICOS: Cuando uno o más miembros de la familia son receptores de los sentimientos de la familia y los cuales mantienen al núcleo familiar unido. Expresan etiquetas para descargar frustraciones con desquite, ubicando al "chivo expiatorio", a quien se le atribuyen todos los problemas de la casa, o al revés, quien ayuda a los demás cargando con los problemas de todos, es el consejero pero cuando trae consigo problemas, se encuentra bajo un estado sintomático familiar, se le etiqueta como el "malo", "víctima", y "tonto", etc. En este apartado se pueden encontrar al sustituto o el comodín ante determinadas circunstancias.

⁶ Anaya Vázquez, Patricia. EL PERFIL FAMILIAR DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO". Tesis ENTS. UNAM. México D. F. 1994. p. 29-30.

ROLES SUSTITUTOS: Cuando un hijo puede fungir como padre o la hija como madre, el padre asume el papel de hijo y la madre como hija; cuando el juego de papeles está de por medio. Se caracterizan por que estos roles son hijos de alguna manera, por lo que no se confunden con los idiosincráticos; aunque puede haber combinaciones.

ROL SUSTITUTO ÚNICO: Cuando es un solo papel el que se realiza.

ROL SUSTITUTO DUAL: Cuando son dos papeles de padre y madre en el caso de una madre soltera o un padre soltero, viudo o divorciado, los cuales no delegan responsabilidades lineales. Este es común verlo cuando la etapa del ciclo vital es en la crianza de los hijos, viven y no hay quien adjudicarle otro papel.

ROLES INTERCAMBIALBES: Es cuando la figura paterna puede fungir como madre en determinados momentos y la madre como padre. Esto tiene que ver más con la provisión económica y el cuidado de los hijos. Se establecen de común acuerdo y saben que esto no es fijo.

5) LÍMITES: "Son los que marcan la diferencia entre los individuos que forman la familia y entre cada uno de los subsistemas y define la participación que tiene cada uno de los miembros, esto pueden ser.

- **RÍGIDOS:** Las situaciones son controladas sin flexibilidad.

- **FLEXIBLES:** Predominan en familias funcionales donde el comportamiento es firme con variaciones de acuerdo con la situación del individuo.

- **CAÓTICO:** Tiene como característica que el comportamiento es muy variado en una misma situación, por lo que el individuo, no tiene la certeza de que va a ocurrir y no existe en realidad un control.

INEXISTENTES: Podemos considerarlos como típicos al igual que a los rígidos y caóticos en familias disfuncionales, ya que no existe respeto entre cada uno de los miembros que comprende la familia.

6) NORMAS: Las normas forman parte muy importante en la dinámica familiar, pues constituyen la fuerza que mueve la vida social y familiar del individuo, podemos definirla como las reglas que se establecen en una familia, las cuales permiten una adecuado equilibrio y facilitan la interacción entre los miembros de este.

Cada norma es susceptible de ser cambiada de acuerdo a los requerimientos de la familia, siendo importantes que estas no se impongan por los padres y que toda la familia en conjunto las establezcan y principalmente que los hijos se sientan participes de estas, creando así la comunicación.

Mientras más claras sean las normas mejor será el entendimiento, aceptación y apoyo de cada miembro.

7) MANEJO DE AUTORIDAD: Se considera a ésta como la forma a través de la cual los padres logran un adecuado control entre los miembros que integran la familia.

Este manejo de autoridad, debe darse de acuerdo con las normas que con anterioridad se han planteado por toda la familia para que

funcione de una mejor manera, entendidas estas por cada miembro y pueden ser, rígidas, flexibles, caóticas o inexistentes".⁷

1.1.2. LA FAMILIA COMO SISTEMA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

"La teoría general de los sistemas se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas independientes de su constitución material. Las premisas de esta teoría se basan en la intuición de que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y se "comporta" de un modo distinto. En el marco de la familia la aplicación del término sistema es idéntica a su aplicación en el campo de la cibernética. En este concepto se tienen en cuenta características del sistema como la retroalimentación, el procesamiento y acumulación de información la adaptabilidad, la capacidad de autoorganización y la formulación de estrategias para la conducta propia del sistema".⁸

Es esta teoría permite abordar al individuo y a la familia en relación a la intervención con su medio. Bertalanffy define "al sistema como un conjunto de elementos que intercalan entre sí, de la cual se infiere que hay una interdependencia entre las partes con la posibilidad de un cambio, a través de la reversibilidad de la relación".⁹

La familia es en esencia un sistema abierto que busca la intercomunicación con otros subsistemas y sistemas, tales como el biológico, sociológico y ecológico. La familia tiene un desarrollo sistémico que va desde su nacimiento, crecimiento, y reproducción. Esto se

⁷ *Ibidem*. p. 31-32.

⁸ F.B. Simón, et. al. VOCABULARIO DE TERAPIA FAMILIAR. Ed. Gedisa, Barcelona España. 1994. p. 336-337.

⁹ Sánchez Rosado. Manuel. MANUAL DE TRABAJO SOCIAL. "LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA EN EL TRABAJO SOCIAL". Tenorio Herrera, Rosalba, et. al. Ed. ENTS. UNAM. México D.F. 1997. p. 318.

observa de acuerdo a una cultura interna y externa, en donde va crear sus formas de pensar, actuar e interactuar de tal forma que esta sea única, por ende cada familia es única, adaptándose al patrón conductual de la sociedad.

La familia es considerada como un sistema que a su vez se integra en subsistemas.

SUBSISTEMA CONYUGAL: Este la conforma las relaciones entre hombres y mujeres estructurando la pareja o una relación marital en donde va a existir la atracción o rechazo. Y comprenden etapas en las que se representa un proceso de interacción de los cónyuges desde la selección hasta la vejez o muerte, pasando por etapas intermedias en la vida de esta (ciclo vital de la familia).

SUBSISTEMA PARENTAL: Esta relacionado al funcionamiento de la pareja en los acuerdos y desacuerdos sobre la educación de los hijos. Este subsistema puede continuar si existe una separación entre la pareja.

En este subsistema se determina parte del desarrollo del niño, por la interacción que se establece a través del tiempo entre los hijos y padres en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia y se divide en cuatro periodos.

1°. Anterior a la llegada de los hijos: al inicio del matrimonio la decisión de ser padres puede ser activa o pasiva, con respecto a la determinación de hijos o no, existiendo dos tipos de situación para la llegada de los hijos:

- Adecuado.- Cuando la pareja planea tener hijos en el momento adecuado y por decisión mutua.

- **Inadecuado.-** Cuando la pareja no planea el embarazo y existen conflictos no resueltos, lo que lleva a tener hijos no deseados.

2°. Crianza de los hijos pequeños: este periodo comprende la interacción de los padres con los hijos recién nacidos, infantes o preescolar.

En este periodo, los hijos dependen totalmente de los padres, constituyen esta relación por patrones de cuidado y satisfacción de necesidades. Durante esta etapa, los padres experimentan diferentes vivencias en la crianza de los hijos pequeños:

- Sensación de autonomía y reafirmación de independencia con respecto a sus familias de origen.
- Sensaciones de responsabilidad.
- Satisfacción ante el crecimiento físico y el desarrollo emocional o intelectual del hijo.
- Frustración ante los problemas que los hijos van presentando durante el proceso de desarrollo.

Ahora bien ante estos factores el padre determinará su conducta adecuada o inadecuada ante los hijos.

3°. Crianza de los hijos de lactancia y adolescencia: Este periodo se caracteriza por lo siguiente:

- Los cambios en la relación dependerán de la entrada de los hijos al mundo, más allá de la familia.

- Se componen por la continuidad de apoyo material y afectivo hacia los hijos.
- Los padres sirven de modelo a los hijos en el proceso de socialización y para transmitir los valores culturales.
- Si existe conflicto en los padres, los hijos se convierten en aliados de uno o otro.
- Los padres empiezan a reprimir, prohibir o fomentar actitudes y nuevos valores en los hijos, que pueden facilitar el desarrollo de autonomía e independencia o frustración en los mismos.

4°. Posterior a la partida de los hijos.

Al partir los hijos, la relación de éstos y sus padres sufren cambios que provocan conflictos y confusiones en el desarrollo de las nuevas parejas.

Por el lado de los hijos, la relación con los padres pueden ser una fuente de apoyo efectivo y de seguridad, pero sin que éstos se conviertan en indispensables para el crecimiento individual y de su pareja, es por ello importante que en la relación padres-hijos se establezcan límites intergeneracionales claros, para evitar situaciones de conflicto entre padres-hijos.

SUBSISTEMA FRATERO: Lo constituye aquellas relaciones que se establecen entre hermanos.

La influencia de los diferentes tipos de relación entre los hijos en el desarrollo del niño es indiscutible y desde el punto de vista del desarrollo familiar. El factor más decisivo lo constituye la relación de hermanos entre sí, la situación de cada hijo tiene en relación al lugar que ocupa entre sus hermanos, lo cual influye de manera importante el ser hijo

mayor o menor, propiciando un manejo diferente por parte de los padres, esto se da de manera similar en relación al sexo.

Estos subsistemas tendrán una función de acuerdo a las estructuras o posiciones que tienen cada uno de los elementos del sistema.

Comprendiendo que la familia "debe tener una estructura estable que permite a los miembros de la misma, satisfacer ciertas necesidades de pertenencias, de adaptación y de protección, pero a la vez al ser un sistema en evolución, al paso del tiempo debe promover el crecimiento y diferenciación".¹⁰

Se puede mantener la estructura familiar por medio de reglas, buscando el funcionamiento de la misma. Las reglas por lo general no se explican sino se reconocen cuando se cumplen.

Es necesario considerar que el número de hijos en la familia es determinante en el desarrollo del menor, por la atención en calidad y cantidad que se le pueda brindar al niño. Ya que puede influir en su desarrollo con la interacción que establece la familia a través del tiempo.

1.1.3. EL NIÑO Y SU DESARROLLO DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR.

La familia funge como principal educador del niño, en donde le van a transmitir aquellas funciones y roles que el menor tiene que asumir a lo largo de su desarrollo.

¹⁰ *Ibidem*. p. 322.

Esto implica todo un proceso, ya que el niño es considerado un ser inmaduro y se encuentra en un proceso de maduración el cual va durar desde el nacimiento hasta la adolescencia.

El niño al nacer es un ser considerado como un ser indefenso que depende totalmente de los demás, la forma de reaccionar ante los estímulos e impulsos serán dictados por el medio en que se le rodea, sintiéndose experimentado, dará inicio a la conformación de su carácter, adquiriendo una personalidad la cual va a evolucionar de acuerdo a los cambios de su medio.

Para entender el proceso de desarrollo infantil es necesario identificar aspectos que lo comprenden como son:

A) CRECIMIENTO: En este se observa el volumen y talla en el organismo del niño hasta llegar a una madurez física.

B) MADUREZ: En este se observan los procesos psicológicos del menor complementándose con aquellas funciones biológicas o congénitas.

C) DESARROLLO: Es para comprender la designación del crecimiento y diferenciación, así como la complejidad e interacción de conductas y funciones del niño, las cuales serán demostradas en el proceso de aprendizaje y maduración.

Existen patrones de desarrollo como pueden ser los sociales y culturales que cualquier persona debe cubrir para llegar a la madurez, ya que existen diferencias individuales en el crecimiento de cada niño, encontrándose retrasos y adelantos evolutivos en áreas específicas como pueden ser aquellos aspectos físicos, emocionales o sociales.

Esto puede tener mayor o menor influencia en el niño según la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor, por ejemplo hay etapas críticas dentro del desarrollo, debido a la pérdida de su madre o padre, esto ocurre a una edad más avanzada.

Es muy importante considerar que hay dos aspectos principales que influyen en el desarrollo del niño: la familia, la realización con su madre, padre, hermanos, etc.; y la escuela. Quienes tienen como tarea la de socializar al niño así como proporcionar un buen desarrollo de su propia identidad.

Esta se va a dar conforme al funcionamiento de los padres y el acercamiento que estos tengan hacia el menor.

Para Salvador Minuchin, "las experiencias de identidad están formadas por dos elementos: un sentido de identidad y un sentido de separación, los cuales se logran a través de la participación en diferentes subsistemas",¹¹ y en diferentes contextos familiares por medio de la participación de grupos familiares.

"El niño y la familia crecen en forma conjunta y cuando la familia se va acomodando, delimita áreas de autonomía que el niño vive como separación. El cual aprende de sus padres no sólo a diferenciar y clasificar los elementos del mundo, sino también a evaluar y predecir. Aprende a diferenciar entre sentimientos "buenos" y sentimientos "malos" entre conducta "buena" y conducta "mala", etc."¹²

¹¹ Minuchin, Salvador. op. cit. p. 36.

¹² Antonio Cequera, Claudia, et. al. EL TRABAJO SOCIAL Y LA ORIENTACIÓN FAMILIAR GRUPAL A PADRES DE MENORES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL EN EL PERÍODO 89-90. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992. p. 37.

Pero se pueden dar este tipo de situaciones ya que cuando un miembro de la familia tiene una alteración, existen cambios en el proceso de desarrollo del niño así como en la dinámica familiar.

Esto se puede identificar en aquellas familias de niños con trastornos del aprendizaje y del desarrollo, en donde se observa generalmente que son familias disfuncionales. Y les es difícil aceptar a un miembro de la familia con alguna alteración. Se pierde toda comunicación principalmente en la pareja buscando un culpable en donde depositar su ira. El maltrato es muy frecuente principalmente hacia el paciente y en ocasiones hacia la madre esto se da por el abuso de autoridad por parte del padre quien no acepta fácilmente el tener un hijo con este tipo de problemas.

En cuanto a las características que se presentan en este tipo de familias se puede identificar que con frecuencia los padres forman una pareja en la etapa de la adolescencia, en donde ambos son incapaces de comprometerse el uno con el otro. La expresión de afecto suele ser limitada, desconociendo sentimientos y necesidades de ambos, prevalece la desconfianza entre ellos y algunos sufren pérdidas significativas y les es difícil hablar de sus sentimientos.

Otros tienen poca habilidad para guiar a la familia, suele suceder que el modelo de identificación es pobre. Sintiéndose imposibilitados para dar afecto y educar a los hijos. El padre con frecuencia huye y evade los problemas familiares poniendo de pretexto el trabajo.

Al hijo con trastorno del aprendizaje comúnmente lo etiquetan como "tonto", "burro", etc. Es comparado con sus hermanos y en ocasiones con sus propios compañeros de la escuela. Cuando se reúne la familia para buscar una solución a sus problemas y en especial del hijo con alteraciones en su desarrollo, solamente se reúne para comprobar que no le pueden dar solución a sus problemas por que no lo desean o por temor al cambio.

La comunicación que se da en la familia es inadecuada, indirecta o enmascarada, es común que se den malos entendidos. Los roles son confusos así como idiosincráticos (bueno, malo, tonto, etc.). Las normas son contradictorias, el control es caótico; sé transgreden normas y límites. Los sentimientos no se expresan correctamente, no son acordes al tiempo y al espacio determinado dándose emociones de malestar.

Es común que a la familia se le dificulte ayudar al menor con trastornos en el aprendizaje, tiene miedo de enfrentarlo al mundo externo, así como en el establecimiento de una comunicación en donde el niño va a expresa aquellos matices de su propia vida afectiva.

1.2. DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO.

En los últimos años hay una creciente tendencia a enfocar los problemas de la salud y enfermedad desde un punto de vista evolutivo, el desarrollo ha cesado de ser una boga de abstracciones y se le considera en cambio como un proceso orgánico que permite el análisis científico y la valoración diagnóstica.

Las nuevas preocupaciones y exigencias sociales acentúan la necesidad de una estimación de las capacidades e incapacidades del desarrollo durante el crecimiento infantil.

Comportamiento, conducta son términos adecuados para todas sus reacciones, sean ellas reflejadas voluntarias, espontáneas o aprendidas. Parpadear es un modo de comportamiento ; hacer un objeto colgante, es otro modo de conducta; mover la cabeza en dirección de el punto de donde procede la voz humana es también una conducta.

Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona, el niño es un sistema de acción en crecimiento, adquiere su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo; a través del proceso de desarrollo.

A medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento la conducta se diferencia y cambia. Al año de edad la prensión se efectúa con la palma de la mano, más tarde se realiza limpiamente con el dedo pulgar y el índice; e aquí un ejemplo concreto del camino a través del cual la diferenciación conduce a la especialización de la función y a nuevos modos de conducta.

El organismo humano es un complicado sistema de acción, el desarrollo evolutivo adecuado se expresa en cuatro campos de conducta:

1. Conducta motriz: tiene numerosas complicaciones neurológicas y constituye el principal punto de partida en la estimación de su maduración.

2. Conducta adaptativa: se trata de las más delicadas adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones, es decir la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante el medio circundante.

3. Conducta de lenguaje: también en sus dos formas características comprensivo y expresivo dan la clave en la organización del sistema nervioso central del niño.

4. Conducta personal social: comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive, como la capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales.

Es de vital importancia conocer estas cuatro esferas evolutivas del desarrollo, pues ya que las formas de conducta tipificadas nos capacita para expresar lo que vemos en la conducta total exhibida por el niño, y por lo tanto a través de estas cuatro esferas del desarrollo, se da una descripción en términos de niveles de madurez, que sirva de base para la interpretación del estado del desarrollo.

1.3. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

El estudio del desarrollo humano suele ser investigado y analizado por medio de la observación y la aplicación de pruebas psicométricas cuyo fin es el de buscar y establecer criterios para dar explicación aquellos trastornos que suele presentarse en el niño afectando su desarrollo. Como son los trastornos del aprendizaje, los cuales son identificados por una serie de "alteraciones neuropsicológicas; o sea es un padecimiento que les impide aprender normalmente, a pesar de no tener defectos visuales, de la audición, trastornos emocionales ni del sistema muscular esquelético; poseen inteligencia normal y asistencia regular a la escuela pero padecen deficiencias debidas a una disfunción cerebral".¹³ Lo que interfiere en el rendimiento de la lectura, el cálculo y la expresión escrita; así mismo en las actividades de la vida cotidiana del menor, persistiendo a lo largo de la adultez.

Este tipo de trastornos se puede asociar con aquellas conductas que el individuo asume, como es la baja autoestima, deserción escolar y por lo tanto tiende a comportarse agresivo.

1.3.1. TRASTORNO DE LA LECTURA.

La característica que presenta este trastorno es una alteración en el proceso de la lectura que abarca la precisión, velocidad o comprensión

¹³ Mayagoitia de T., Odalmira. *LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO*, Revista Psicología N°. 4 México 1990.

de la misma; interfiere en el rendimiento académico y en las actividades de la vida cotidiana del individuo que requieran de habilidades para la lectura.

Este trastorno se caracteriza por la lentitud, ya sea en la lectura oral o la silenciosa. Se presenta en ocasiones en el proceso cognoscitivo como es el déficit de la percepción visual, proceso lingüístico, de atención y de memoria.

Los síntomas de la dificultad para leer pueden aparecer en la infancia con la incapacidad para distinguir las letras usuales o para asociar fonemas como símbolos de letras.

1.3.2. TRASTORNO DEL CÁLCULO.

El trastorno del cálculo se caracteriza principalmente por la incapacidad aritmética, la cual sitúa al individuo por debajo de aquellas personas que presentan un coeficiente de inteligencia y escolaridad concordes con su edad. Este trastorno "interfiere significativamente en el rendimiento académico o en las actividades de la vida cotidiana que requieren de habilidades para las matemáticas".¹⁴ Se identifican, en aquellas aptitudes matemáticas y que son asociadas a él.

Este trastorno se detecta cuando existe una enfermedad neurológica que interfiere en aquellas habilidades perceptivas así como las de atención incluyendo las lingüísticas.

¹⁴ Asociación Americana de Psiquiatría. DSM IV. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Ed. Manso S.A. 1995. p. 52.

Los síntomas de dificultad para las matemáticas pueden a parecer en la niñez confundiendo los conceptos numéricos o con la incapacidad para contar con precisión.

1.3.3. TRASTORNOS DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.

El trastorno de la expresión escrita es una habilidad para la escritura que se sitúa por debajo de la edad cronológica del individuo, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

“El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para escribir”.¹⁵

Si hay déficit sensorial, se pueden presentar dificultades en el individuo en la escritura.

“En comparación con otros trastornos del aprendizaje. Con la expresión de la ortografía, en esta área las pruebas normalizadas están menos desarrolladas que las de la lectura o de capacidad matemática, por lo que la evolución de anomalías en las habilidades para la escritura, puede requerir la comparación de distintas muestras de tareas escolares escritas por el sujeto con el rendimiento esperado en función de su edad”.¹⁶

El trastorno único de la ortografía o la caligrafía en ausencia de otras dificultades de la expresión escrita generalmente no justifica un

¹⁵ Ibidem. p. 56.

¹⁶ Ibidem. p. 56.

diagnóstico de trastornos de la expresión escrita. Si no una caligrafía deficitaria que se debe a una afectación de la coordinación.

Los síntomas que se presentan en la dificultad para escribir se dan en la caligrafía particularmente, es pobre o escasa la aptitud para copiar o incapacidad para recordar secuencias de letras integradas en palabras usuales. Este trastorno puede aparecer en los primeros años de la etapa escolar.

1.3.4. TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN.

"La característica esencial del trastorno del desarrollo de la coordinación es una alteración significativa de la coordinación motora.

El diagnóstico solo se establece si la afectación interfiere significativamente al rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

El diagnóstico se establece si las deficiencias de la coordinación no se deben a una enfermedad médica.

Si hay un retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las habilidades asociadas a él.

Las manifestaciones de este trastorno varían en función de la edad y la etapa del desarrollo".¹⁷

¹⁷ Ibidem. p. 56.

El diagnóstico diferencial en este tipo de alteraciones del desarrollo de la coordinación, se debe distinguir en aquellas afectaciones motoras debidas a una enfermedad médica. Los problemas de la coordinación pueden estar asociados a enfermedades neurológicas específicas.

"Si hay un retraso mental, el trastorno del desarrollo de la coordinación solo se puede diagnosticar si las deficiencias motoras exceden de las habilidades asociadas con el retraso mental. Cuando se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo de la coordinación. Los sujetos afectados de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden caerse, chocar, con los objetos, pero esto suele deberse a su distractibilidad e impulsividad más que una afectación motora. Si se cumplen los criterios de ambos diagnósticos deben ser formulados con los dos".¹⁸

1.3.5. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

"La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo, demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizado y administrado individual. Tales puntuaciones deben de ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como el desarrollo del lenguaje receptivo".¹⁹

Las dificultades pueden aparecer en la comunicación verbal y corporal. Interfiriendo en el rendimiento académico o laboral o bien en la comunicación social.

¹⁸ *Ibidem.* p. 57.

¹⁹ *Ibidem.* p. 58.

Los síntomas que en ocasiones presenta el individuo no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje ya que son superiores a las habilidades asociadas a tales problemas.

Si se presenta un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, los niños con este tipo de trastornos suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

La característica que con frecuencia se asocia al trastorno del lenguaje expresivo en los niños pequeños es un trastorno fonológico del lenguaje, esto implica una velocidad normalmente acelerada y un ritmo errático del habla, así como alteraciones en su estructura.

Cuando el trastorno del lenguaje expresivo es adquirido, con frecuencia se presentan dificultades adicionales del habla, entre las que se incluyen anomalías de la articulación motora, errores fonológicos, habla lenta, repeticiones silábicas y pautas de entonación monótonas.

Es común asociar el trastorno del lenguaje expresivo a ciertos problemas escolares y de aprendizaje. También puede darse una alteración leve de las habilidades verbales receptivas, pero cuando esta es significativa debe establecerse un diagnóstico mixto del lenguaje receptivo expresivo. También se asocian con frecuencia retraimiento social y algunos trastornos mentales como el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad.

“El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo suele identificarse hacia los tres años de edad, aunque las formas más leves del trastorno, pueden no manifestarse hasta el inicio de la adolescencia. El lenguaje expresivo de tipo adquirido debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal puede ocurrir a cualquier edad y su inicio es súbito. La evaluación del trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es variable.

En el trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido, la evolución y el pronóstico del lenguaje existente en el momento en que se adquirió el trastorno".²⁰

1.3.6. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO.

El trastorno el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo. Las dificultades que provoca este trastorno se reflejan en el rendimiento académico o laboral, así como en la comunicación social.

"El trastorno mixto del lenguaje receptivo-evolutivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un periodo normal o consecuencia de una enfermedad neurológica (por ejemplo: encefalitis, traumatismo cerebral, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración en el lenguaje receptivo y expresivo que no esta asociado a una afectación neurológica".²¹ Este tipo de trastorno es caracterizado por un ritmo lento de los estadios del desarrollo del lenguaje.

Las características del trastorno mixto del lenguaje receptivo-evolutivo son similares a las que acompañan al trastorno del lenguaje expresivo. El déficit de comprensión, es la característica primaria que diferencia este trastorno del lenguaje expresivo, la cual varía en función de la gravedad del trastorno y de la edad del niño. Las alteraciones de la comprensión del lenguaje, "pueden resultar menos evidentes que las implicaciones en la producción del lenguaje, que no se manifiestan tan claramente al observador y es posible que solo se evidencie una evolución formal. Intermitentemente, parece que el niño puede seguir instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas en absoluto y dar

²⁰ Ibidem. p. 60.

²¹ Ibidem. p. 62.

respuestas tangenciales inadecuadas a las preguntas que se le formulan".²²

Son frecuentemente los déficit en áreas de procesamiento sensorial de la información, observándose principalmente en el proceso temporal auditivo, como es en la asociación de sonidos y símbolos, se da una asociación entre sonidos y producción de secuencias motoras.

1.3.7. TRASTORNO FONOLÓGICO.

El trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto.

Puede iniciar como errores de la producción y utilización de los sonidos, por ejemplo: sustituciones de un sonido por otro, huso del sonido "t" en lugar de "k", u omisiones de sonidos.

Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del habla son superiores a las habilidades asociadas a estos problemas.

"El trastorno fonológico incluye errores de la producción fonológica (esto de la articulación) que comportan la incapacidad para producir correctamente sonidos del habla así como una serie de problemas fonológicos de índole cognoscitivo que implican un déficit para la categorización lingüística de los sonidos del lenguaje que dan lugar a una diferencia de significación. La gravedad oscila entre un efecto muy escaso o nulo sobre la inteligencia del habla completamente. Habitualmente, se considera que las omisiones y las sustituciones de

²² Ibidem. p. 62.

sonidos, son su vez más graves que las distorsión".²³ El trastorno fonológico comporta asimismo errores de selección y ordenación de los sonidos en las sílabas y palabras.

1.3.8. TARTAMUDEO.

Se caracteriza el tartamudeo como un retraso de la fluidez normal y estructuración del habla, con frecuencia repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas. Se han observado otro tipo de alteraciones de la fluidez del habla entre las que se incluyen fragmentación de palabras, que el individuo tenga pausas dentro de una palabra, bloqueo audible o silencioso; el sujeto va a tener pausas en el habla ocupadas o no. Va a presentar circuloquios estos son sustituciones de palabras, en donde el individuo va tener problemas de pronunciación con un alto grado de dificultad, o con un exceso de pronunciación física, se van a observar también repeticiones de palabras monosílabas. "La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento motor del habla, las deficiencias de la pronunciación son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas".²⁴ La intensidad del trastorno varía en función de la situación, suele ser más grave cuando se produce una presión especial para comunicarse.

"La dificultad del habla puede estar asociada a una deficiencia auditiva u otro déficit sensorial o motor del habla. Cuando las dificultades del habla exceden de las habituales asociadas a estos problemas, pueden establecer un diagnóstico simultáneo de tartamudeo. El tartamudeo debe distinguirse de las anomalías de la fluidez verbal normales que se producen frecuentemente en niños pequeños y que incluyen repeticiones de palabras o de frases incompletas".²⁵

²³ *Ibidem*. p. 65.

²⁴ *Ibidem*. p. 67.

²⁵ *Ibidem*. p. 68.

1.4. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo como son: habilidades para la intervención social, habilidades para la comunicación o la presencia social, habilidades para la presencia de comportamientos no acordes a su desarrollo, y actividades e intereses estereotipados.

Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante las enfermedades médicas, como son: anormalidades cromosómicas, infecciones congénitas y anormalidades estructurales del sistema nervioso.

1.4.1. TRASTORNO AUTISTA.

El trastorno autista tiene presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiencia de la interacción y comunicación social, así como un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado autismo infantil temprano, o autismo infantil de Kanner.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas, puede darse una notable afectación de la práctica de comportamiento no verbal como puede ser el contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales, para regular la interacción y comunicación social.

Existe una incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas a nivel de desarrollo, incapacidad que se adopta de diferentes formas a diferentes edades. Los individuos de menor edad suelen tener muy poco

o ningún interés en establecer lazos de amistad, los individuos de más edad, tienden a estar más interesados por interactuar socialmente. Puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos compartidos con otras personas.

Suele estar presente una falta de reciprocidad social o emocional, con frecuencia el individuo tiene sumamente afectada la conciencia de los otros. Los individuos que sufren este trastorno frecuentemente presiden de otros niños (incluyendo sus hermanos), carecen de todo concepto relativo a las necesidades de los demás o no percibir el malestar de otra persona.

También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto las habilidades verbales como las no verbales, lo que produce un retraso del desarrollo del lenguaje, habla o incluso su ausencia total.

En los individuos que hablan se observa una notable alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación con otros. También se observa la falta de juego usual espontáneo y variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del individuo. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación suelen ser anormales. Las estructuras gramaticales pueden ser inmaduras usando un lenguaje estereotipado y receptivo, además de existir una incapacidad para comprender preguntas, instrucciones o bromas simples. El individuo también tiende a no implicarse en las rutinas o juegos imitativos simples propios de la primera infancia o lo hacen sólo fuera de contexto o de una manera mecánica.

Los individuos con trastornos autistas cuentan con patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipos, pueden demostrar una preocupación absorbente por pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales sea en su intensidad, sea en sus objetivos; una adhesión aparentemente inflexible a

rituales específicos, manifestaciones motoras repetitivas y estereotipados no funcionales o una preocupación persistente por determinados objetos.

Los individuos con trastornos autistas, despliegan una gama de intereses marcadamente restringida y suelen preocuparse por algo muy limitado. Pueden alinear un número exacto de juguetes del mismo modo una y otra vez. O reproducir repetitivamente los comportamientos de un actor de televisión. Pueden insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse o alterarse ante cambios triviales.

A menudo se observa un notable interés por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en seguir determinada conducta. Los movimientos corporales estereotipados incluyen las manos o todo el cuerpo. Pueden estar presentes anomalías posturales.

También pueden resultar fascinados por un movimiento, simultáneamente puede estar intensamente vinculado a algún objeto inmediato.

La alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal, el cual se refleja en algunas áreas como son: el lenguaje, el juego y la forma de alteración con su medio. Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante los dos primeros años, no es típico. En una minoría de casos, los padres se dan cuenta de una regresión del desarrollo, del lenguaje, manifestada por el cese del habla después de que él niño ha adquirido de 5 a 10 palabras. Existiendo un periodo de desarrollo normal, éste no se extiende más allá de los 3 años.

1.4.2. TRASTORNO DE RETT.

El trastorno de Rett, es el desarrollo de múltiples déficits específicos, tras un periodo de funcionamiento normal después del

nacimiento. Los sujetos presentan un periodo prenatal y natal aparentemente normal con un desarrollo psicomotor normal los primeros 5 meses de vida. En el nacimiento la circunferencia craneal también se sitúa dentro de los límites normales. Entre los 5 y los 48 meses el crecimiento craneal se desacelera. Entre los 5 y los 30 años de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados características, que semejan estar escribiendo o lavarse las manos. El interés por el ambiente social disminuye en los primeros años posteriores al inicio del trastorno, aunque la interacción social se desarrolla a menudo posteriormente, se establecen alteraciones de la coordinación y de los movimientos del tronco. También existe una alteración grave en el desarrollo del lenguaje y receptivo, con retraso psicomotor grave.

1.4.3. TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL.

Este trastorno se identifica con una marcada regresión en múltiples tareas de actividad tras un periodo de por lo menos dos años de desarrollo aparentemente normal.

Se manifiesta por una comunicación verbal y no verbal, las relaciones sociales, un juego y un comportamiento adaptativo apropiado a la edad del niño, experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo y receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras. Los sujetos con este trastorno manifiestan los déficits sociales y comunicativos, las características de comportamiento generalmente son observados en el trastorno autista. Existe una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación.

El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia. Este trastorno también ha sido denominado de Heller, demencia infantil o psicosis desintegrativa.

1.4.4. TRASTORNO DE ASPERGER.

El trastorno de Asperger se caracteriza por alteraciones graves y persistentes de la integración social, así como el desarrollo significativo en lo social y laboral o de otras áreas importantes de la actividad individual. En contraste con el trastorno autista no existe retraso del lenguaje clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni el desarrollo de las habilidades de autoayuda propias de la edad del individuo, comportamiento adaptativo.

CAPITULO II

EL TRABAJO GRUPAL EN EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA

2.1. EL TRABAJO GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO.

“La multicausalidad de la enfermedad mental lleva al equipo de salud a establecer estrategias de intervención que no sólo delimitan la participación de cada uno de los integrantes, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del trastorno individual, sino en forma social²⁶ como la familia, escuela y comunidad, con el fin de buscar alternativas a dicha patología.

En el servicio de Hospital de Día, la intervención en niños con trastornos en el aprendizaje se realiza de manera interdisciplinaria, en donde va a participar un equipo de especialistas el cual tiene como objetivo dar atención integral al paciente, a nivel de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; incluyendo las siguientes áreas:

PSIQUIATRÍA: Las funciones realizadas en esta área son las de diagnosticar y brindar un tratamiento farmacoterapéutico, así como el control de aquellas terapias que el paciente recibe.

²⁶ Granados Crispin, et. al. EL DESARROLLO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL INFANTIL. Tesis ENTS. UNAM. México, D.F. 1990. p 73.

PSICOLOGÍA: Tiene a su cargo la función de organizar actividades que correspondan a su área, así como las relacionadas al diagnóstico y manejo terapéutico individual o grupal con los pacientes.

Esa área se encuentra subdividida en bloques de tiempo en donde el paciente recibe su terapia de manera grupal o individual; estos bloques son:

- **BLOQUE DE APOYO PSICOPEDAGÓGICO:** Se encarga de dar una atención terapéutica a aquellos niños que presentan inmadurez, por falta de estimulación en las diversas áreas del desarrollo o que presentan problemas de conducta y emocionales.

- **BLOQUE DE PSICOMOTRICIDAD:** Atiende aquellos pacientes que presentan inmadurez motora, por falta de una estimulación en su desarrollo.

- **BLOQUE DE TERAPIA DE LENGUAJE:** Atiende a menores que presente alguna alteración del lenguaje.

- **TERAPIA DE PAREJA:** En este bloque se atiende a aquellos padres que son derivados de la consulta externa o de otros servicios, con la finalidad de que ambos padres se identifiquen como pareja y acepten el problema que están viviendo, asimismo se busca que ambos se involucren en el tratamiento del paciente.

- **TERAPIA AMBIENTAL:** Brinda un servicio permanente de terapias y actividades educativas y recreativas, aquellos pacientes con trastornos en el desarrollo, como el autismo.

TRABAJO SOCIAL: Es caracterizado para resolver o modificar la problemática en el ámbito social y en el entorno ambiental, donde se mueve el paciente.

El Trabajador Social cuenta con conocimiento sobre el desarrollo infantil, el ámbito familiar y tiene una amplia formación teórica para comprender y conocer todos los aspectos que encierran los trastornos del aprendizaje; esto en relación a los efectos y repercusiones que se producen en el menor y su familia, teniendo como actividades:

- Establecer relación con la familia, a fin de disminuir los sentimientos de culpa de los padres, con respecto al trastorno del niño.

- Proporcionar orientación y atención individual necesaria a los familiares de los menores con trastornos en el aprendizaje.

- Ayudar a la familia en la identificación de problemas no sentidos y de los recursos familiares e institucionales.

- Asegurar la participación de la familia en el tratamiento integral del menor.

- Participar activamente en el equipo interdisciplinario.

Ante esto se puede mencionar que el nivel de intervención de Trabajo Social con el equipo interdisciplinario es de importancia por que proporciona atención y estímulo hacia el paciente, padres y familia del menor con la finalidad de persuadirlos a que sean cooperadores en la terapia, la manera en que han participado estos en el avance del tratamiento, el tipo de apoyo que son capaces de proporcionar al paciente después y durante las terapias.

El trabajador Social es considerado por Alistir Muro como aquel profesionista que tiene un "adiestramiento especial y que desempeña una parte importante en la evaluación y rehabilitación del paciente; y que en ocasiones participa activamente dentro del tratamiento y es un experto en manejar y aconsejar sobre los aspectos ambientales del caso",²⁷ proporcionando una orientación adecuada a la familia.

2.1.1. EL TRABAJO GRUPAL CON PADRES.

A lo largo de la historia se han generado una serie de movimientos en el mundo que han afectado al individuo y a su familia como son aquellas transformaciones sociales derivadas de la Revolución Industrial y de las Guerras Mundiales. Ante dichos acontecimientos se buscaron medidas de ayuda para las familias que fueron afectadas, creando lo que hoy en día se conoce como "ESCUELA PARA PADRES", cuya finalidad es "aquella acción tendiente a proporcionar medidas preventivas y orientación a los padres para llegar al análisis del rol paterno y sus implicaciones en la vida de sus hijos y de la pareja",²⁸ quienes buscan mejorar sus relaciones en su ambiente familiar.

En Alemania y en París, Francia es donde surgen las primeras actividades dedicadas a la orientación a padres de familias, entre los años de 1909 y 1915. Estas acciones se difundieron simultáneamente en varios países del mundo, impactando principalmente a la Unión Soviética donde se inició una intensa campaña a favor de los objetivos de la orientación hacia la familia.

En México, la orientación a padres de familia tiene sus orígenes en la década de los sesentas. Son varias instituciones que se interesan en

²⁷ Alistir, Muro, et. al. PSICUIATRÍA PARA TRABAJADORES SOCIALES. México D.F. CESA. 1987. p. 284.

²⁸ Estrella Quinto, Catalina, et. al. LA ESCUELA PARA PADRES EN LA MODERNIDAD EDUCATIVA. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1993. p. 35.

promover el trabajo con padres de manera grupal, cuya finalidad estaba dirigida en la prevención y orientación de conflictos familiares así como la de informar y orientar sobre el proceso de desarrollo de sus hijos.

En los años setentas el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", inicia sus actividades de orientación hacia los padres con la finalidad de orientar e informarles sobre el padecimiento de sus hijos. Estas acciones son conocidas como grupos de orientación cuya organización es de acuerdo al servicio y padecimiento del menor.

Es el Trabajador Social quien desarrolla estas actividades de manera grupal, con el fin de coordinar una serie de acciones en donde se busca fortalecer el tratamiento del menor y su relación familiar.

La intervención del Trabajador Social en los grupos de orientación familiar se realiza de acuerdo a las siguientes funciones:

- **INVESTIGACIÓN:** Aquí se busca identificar, sistematizar y ordenar aquellos factores psicosociales que intervienen en el desarrollo del menor.

- **ADMINISTRACIÓN:** En esta función el Trabajador Social se encarga de organizar y promover programas y proyectos acordes a las necesidades del trabajo con la familia, así mismo establece coordinación con otras instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.

- **EDUCACIÓN:** El Trabajador Social va desarrollar una serie de acciones dirigidas a la orientación con el fin de promover la paternidad responsable así como la confrontación de aquellos conflictos emocionales que los participantes del grupo estén enfrentando.

Asimismo, el Trabajador Social es el responsable de coordinar y promover la orientación familiar, de manera grupal. Con el fin de brindar espacios en donde los padres de familia expresen sus malestares emocionales así como el sentirse escuchados acerca del padecimiento de sus hijos y su relación en la familia. En estos procesos grupales se buscan la identificación de los integrantes del grupo, con el propósito de que visualicen que no son los únicos que están enfrentándose a una situación como tal y que su hijo no es el único con una alteración en el desarrollo.

2.2. EL TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS DE ORIENTACIÓN.

La importancia del grupo es reconocida no solo por el Trabajo Social sino por la educación, la psicoterapia, debido a las bondades que el grupo por su propia naturaleza ofrece, ya que responde a uno de los impulsos del ser humano, el ser gregario; es el marco hacia el cual tienden a organizarse los individuos para satisfacer sus necesidades de supervivencia, desde la niñez hasta la adultez.

Por lo antes mencionado se puede definir al grupo como "la reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se incluyen entre sí, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes a él y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado".²⁹

Existen características comunes en los grupos que hacen que se puedan analizar más fácilmente, por ejemplo: criterio y número, espacio, tiempo de duración, de pertenencia, de relación (conciencia de metas), etc. Lo cual a permitido que se clasifiquen en:

²⁹ González Nuñez, José de Jesús, et. al. *DINÁMICA DE GRUPO TÉCNICAS Y TÁCTICAS*. 1ª. Reimpresión, Concepto, México, 1987. p. 17.

- A) Grupos primarios.
- B) Grupos secundarios.
- C) Grupos deliberados.
- D) Grupos espontáneos.
- E) Grupos formales.
- F) Grupos informales.
- G) Grupos abiertos.
- H) Grupos cerrados.

Esto facilitaría a la formación de grupos dentro de una institución o bien organizarse en una comunidad, en lo primero se da dentro de un contexto físico y emocional de una institución ya que en ocasiones forma parte del programa de atención. En la comunidad los grupos se organizan generalmente en torno a una necesidad sentida por la población.

Dentro de los grupos se dan diferentes funciones entre sus miembros, los cuales pueden ser deseadas, alentadas o únicamente toleradas, estos comportamientos se conocen como roles o papeles, y esta en relación con la posición que el participante ocupa en el grupo, Berlo dice que un rol "es el nombre que se le da a un conjunto de conductas y a una determinada posición dentro del sistema social".³⁰

Los roles se pueden clasificar en:

- A) Roles para la tarea del grupo: Estos se identifican en relación a las funciones y coordinación de las actividades para la solución de problemas del grupo.
- B) Roles de constitución y mantenimiento del grupo: El objetivo que tienen estos, es el de mantener la forma de trabajo del grupo, fortalecer, regular y perpetuar al grupo.

³⁰ *Ibidem.* p. 23

- C) Roles individuales: Su propósito es algún objetivo individual que no es relevante ni a la tarea del grupo, ni al funcionamiento del mismo.

"Las necesidades y personalidades de los miembros del grupo se juzgan por las formas en que facilitan el movimiento del grupo hacia metas determinadas de antemano".³¹

Estos roles se van a ir dando de acuerdo al proceso grupal.

2.2.1. EL PROCESO Y LA ESTRUCTURA GRUPAL.

Todo grupo pasa por distintas etapas desde su nacimiento hasta el despliegue pleno de sus potencialidades; formando su propio proceso, el cual se puede identificar "como el espacio donde un conjunto de individuos se reúnen e interactúan con una situación dada, paso a paso, con un objetivo establecido de antemano y que es determinado por la realidad en que se suscriben estos; constituyendo metas, un marco de referencia y las vivencias comunes, más tarde transforman la conducta que frena el aprendizaje. En términos del conocimiento formal o institucional el contenido latente del grupo no podría ser descubierto y mucho menos procesado para la producción grupal. El proceso grupal hacia la localización de la acción de las capacidades humanas, las que son orientadas hacia el logro de los objetivos del grupo".³²

Teóricamente se establecen diversos modelos del proceso grupal, algunos autores lo manejan como niveles o etapas las cuales se presentan a continuación.

³¹ Lifton, Walter M. *TRABAJO CON GRUPOS*. Ed. Limusa. México. 1979 p. 41

³² Pérez Silva, Rafael. *EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS Y LA INCORPORACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS EN SU INTERVENCIÓN*. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992 p.

Natalio Kisnerman divide al proceso grupal en 5 etapas:

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
“1) FORMACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de motivación. • Dependencia al coordinador.
2) CONFLICTO:	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de obstáculos, dificultades. • Obtiene retroalimentación y autoconocimiento
3) ORGANIZACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de autodirigirse. • Responsabilidad, reducción de tensiones, aceptación. • Pertenencia de grupo. • Productividad emotiva.
4) INTEGRACIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste de los roles y estructuras. • Liderazgo compartido. • Productividad óptima.
5) DECLINACIÓN Y MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de interés. • Deserción de los integrantes. • Logro de los objetivos • Replanteamiento grupal”³³

³³ Peralta Espinosa, María Patricia. NECESIDAD E IMPORTANCIA DEL TRABAJO GRUPAL CON PADRES DE FAMILIA EN LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN A LA REPROBACIÓN ESCOLAR (UPRE) DE LA DIRECCIÓN N° 5 DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992. p. 59-60.

Una vez expuesto el proceso grupal continuaremos con el siguiente punto que es la estructura de un grupo la cual comprende "una constelación o conjunto específico de finalidad es con miras a un objetivo determinado".³⁴

Al hablar de estructura de un grupo nos referimos a la interrelación determinada por normas, valores y efectos que se unen a través de los canales de comunicación, la cual se configura en lo externo por la actividad que motivó, la organización del grupo y en lo interno por los vínculos afectivos que se establecen en él. Es primordial entender la organización interna y los procedimientos de acuerdo a las necesidades del mismo.

En la estructura grupal se pueden identificar los diferentes tipos de liderazgo, ya que en grupo busca un líder que pueda resolver una tarea específica.

A continuación se mencionan cuatro modalidades de la estructura grupal de acuerdo a Kisnerman.

ESTRUCTURA AUTOCRÁTICA: En esta estructura, el grupo va a funcionar cuando uno de los miembros funja como jefe o líder quien va a actuar y va a tomar decisiones en nombre de los integrantes del mismo, esto se va a dar de acuerdo a sus intereses y necesidades personales.

Este tipo de grupos tienden a desaparecer con el retiro del líder o bien con la disolución del grupo.

ESTRUCTURA PATERNALISTA: Es caracterizada porque va a existir un líder quien va a pensar y tomar las decisiones para el bienestar del grupo. Este líder es identificado como aquella persona amable,

³⁴ Ibidem. p. 60

protectora y quien teme dar responsabilidades. Dirige al grupo en base a su capacidad y conocimiento, es aceptado y respetado por los miembros del mismo.

Esta clase de liderazgo puede ser peligrosa ya que por su forma de dirigir puede generar individuos inmaduros, incapaces de tomar responsabilidad, o crea resentimientos en aquellos que desean tomar decisiones por sí mismos.

ESTRUCTURA PERMISIVA: Esta estructura surge del individualismo grupal, el cual va a conducir a la anarquía de los integrantes del grupo, esto se va dar ya que el líder va orientar sin marcar su conducción ante el grupo. Es común la improvisación en el cumplimiento de las normas y objetivos. Al líder le interesa más la libertad individual que la integración grupal.

ESTRUCTURA PARTICIPATIVA: En esta estructura el grupo funciona mediante el adiestramiento y las habilidades que el líder posee, se da una interacción basada en el derecho y responsabilidad de cada uno de los miembros para la contribución de tareas.

En ocasiones se puede prescindir del líder, es decir que el grupo puede trabajar solo una vez que se hayan distribuido las funciones y tareas correspondientes obteniendo una producción y moralidad en el proceso grupal.

Dentro de la estructura grupal se deben de tomar en cuenta los conflictos y la cohesión del grupo.

Para que el grupo pueda crecer y desarrollarse, necesariamente se tiene que enfrentar a ciertos obstáculos y adversidades, lo cual hace necesario que exista una ruptura, así como la discusión en ciertas tareas y funciones del grupo.

La cohesión en el grupo emerge de los conflictos que se originan por parte de los miembros y se refiere al grado en que los integrantes desean permanecer en él. "Sprott lo define como el campo total de fuerzas motivantes que actúan sobre los miembros en el grupo".³⁵

"La cohesión es un fenómeno básico en el grupo dado que tiene consecuencias importantes como:

- A) Retener e integrar a los miembros del grupo.
- B) Aumentar la comunicación y la participación en las necesidades del grupo.
- C) Dar seguridad a los miembros, reducir la ansiedad y aumentar el autoestima".³⁶

Para que un grupo tenga un funcionamiento eficaz es necesario que se mantenga en claro sus fines, los cuales deben ser concretos y factibles para que los integrantes se involucren en el mismo; y evitar la inactividad en la participación grupal, para prevenir lo anterior es necesario crear medios en donde se comprendan todas las actividades y tareas, así como los objetivos que el grupo busca cumplir y desarrollar.

Es importante procurar la homogeneidad en algunos aspectos, de las personas que forman el grupo, estos son entre otros, la educación, cultura e intereses. También se hace necesario crear un ambiente de libertad donde se den opiniones, se acepten contradicciones, se hagan sugerencias y gestiones, con el fin de evitar el aburrimiento, la apatía, la resignación y la irresponsabilidad, que son el resultado del autoritarismo antidemocrático de los dirigentes.

³⁵ *Ibidem.* p. 63.

³⁶ *Ibidem.* p. 64.

Ante esto se puede mencionar que la cohesión está basada en los valores, sentimientos e ideas, las cuales unen a los integrantes del grupo.

2.2.2. EL TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS

Hablar de grupos en Trabajo Social es referirse a un nivel de intervención en donde se da un proceso educativo y socializador, en el que se busca reforzar los valores de individualismo, cooperación y responsabilidad, en una acción integradora en el proceso del desarrollo grupal.

Di Carlo menciona que para lograr el desarrollo del pensamiento grupal, el Trabajador Social debe dominar los siguientes elementos:

1) Debe ser capaz de crear un ambiente reflexivo, en donde el grupo se oriente a jerarquizar las condiciones de acción grupal y de interacción humana.

2) Deberá tener la firme convicción de que todo grupo humano tiene la capacidad, en condiciones favorables de guiarse así mismo a la profundización y a la solución de sus dificultades tanto internas, como de relación en el medio ambiente circundante.

3) Debe contar con una capacidad de comunicación que le permita dialogar en diferentes niveles y aplicar diversas técnicas de comunicación del grupo.

Así pues, el Trabajador Social quien todavía concibe al trabajo con grupos como una "forma de presentar un servicio a individuos dentro y a

través de pequeños grupos con el fin de introducir cambios deseados entre los participantes".³⁷

Tiene como eje central el manejo de enfrentamientos entre los miembros del grupo y la búsqueda de soluciones a las ansiedades surgidas en situaciones de conflicto, las cuales obstaculizan su proceso e impiden que se generen cambios dentro del mismo.

De esta forma el Trabajador Social coadyuva a los miembros del grupo a comprender el contexto en el cual está inmerso y orienta las acciones hacia el cumplimiento de un fin determinado manejando aquellas circunstancias que puedan obstaculizar el crecimiento del individuo o del grupo.

"La práctica profesional con grupos permite aprender a través de la experiencia personal, de manera que la base fundamental de una preparación, solo puede ser aprendida pasando uno mismo por el análisis; tanto de la propia experiencia como de las concepciones de determinados fenómenos, que se abordan como parte del proceso dentro del estudio de cierta problemática, en relación a la enseñanza y al aprendizaje o hacia fuera, a partir de factores que influyen en la dinámica interna".³⁸

2.2.3 LA ORIENTACIÓN: UNA FORMA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL.

La orientación es un "proceso de ayuda al individuo para que se conozca así mismo y la realidad que le toca vivir, a fin de que sea capaz de lograr la máxima adaptación posible de su personalidad, la capacidad

³⁷ Pérez Silva, Rafael. op. cit. p. 48.

³⁸ Sánchez Rosado, Manuel. op. cit. p. 360.

de relacionarse con los demás y el compromiso de contribuir al desarrollo del conjunto de la sociedad”.³⁹

La orientación se puede dar a nivel individual, grupal y familiar en donde se proporciona una serie de servicios especialmente trazados para mejorar la adaptación del individuo.

El objeto de la orientación es ayudar al individuo de manera grupal e individual, a eliminar obstáculos de importancia, antes de que éstos se conviertan en problemas mayores.

Una de las funciones de la orientación es la de identificar aquellos aspectos que estén dañando al individuo, esto se va dar con una serie de sesiones cuyo fin es proporcionar alternativas que permitan superar sus conflictos emocionales.

Para que todos los sujetos tengan la oportunidad de beneficiarse con los servicios de la orientación, es necesario una administración eficaz en la coordinación de aquellas actividades dirigidas a la orientación.

Para analizar los servicios que se derivan de la orientación es aconsejable identificar las diferentes actividades del orientador las cuales son las siguientes:

1) El orientador debe de reunir toda la información acerca del individuo, que puede ayudar al mejoramiento de su equilibrio emocional.

³⁹ Ander Egg, Ezequiel. *DICIONARIO DE TRABAJO SOCIAL*, Ed. El Atenco, México, 1984. p. 222.

2) Interpretar y sistematizar la información recabada sobre los miembros de la familia, con el fin de buscar una solución más objetiva a los problemas y posibles recursos.

3) Proporcionar al individuo, orientación que contribuya a la modificación de actitudes dentro y fuera del medio en que se desenvuelve.

4) Buscar un beneficio en el proceso de orientación en donde se involucre la familia.

5) Ayudar al individuo a que realice un análisis completo de todos los factores que están asociados con su adaptación al ambiente.

6) Buscar la modificación del ambiente en que vive el individuo para fomentar un desarrollo personal.

7) Ayudar al individuo a que modifique la situación en la que esta viviendo.

8) Seguir de cerca el progreso del individuo y su familia, después de que termine su proceso de orientación.

El propósito primordial de la orientación es facilitar alternativas de solución al individuo, así como a su núcleo familiar para que tenga un buen desarrollo en su medio. Esto se puede desarrollar con la intervención de un profesionalista como es el Trabajador Social, quien tiene la capacidad de crear y promover actividades encaminadas a orientar al individuo que esta enfrentando una problemática familiar o particular.

2.2.4. LA ORIENTACIÓN EN GRUPOS.

“La orientación en grupos es un proceso interpersonal que comprende a un orientador y varios miembros que se exploran así mismo y a sus situaciones, en un intento de modificar sus actitudes y conductas”.⁴⁰

La orientación en grupos puede ser preventiva o curativa para el individuo. En la fase preventiva, va a permitir resolver aquellas preocupaciones que presenten los integrantes del grupo antes de que presenten problemas serios. Pero si se desarrollaron estos conflictos, la orientación puede ser un proceso de intervención para la modificación de la conducta, esto se puede dar en el proceso grupal donde los individuos son capaces de discutir sus problemas y de recibir una retroalimentación inmediata acerca de cómo los perciben los individuos.

Para que la orientación en grupo tenga un buen desarrollo el orientador tiene la responsabilidad de:

1. Modificar el ambiente del grupo cuando se presenten tensiones o malestares por los integrantes.
2. Promover alternativas que permitan al grupo identificar aquellos sentimientos ocultos.
3. Utilizar las técnicas y recursos didácticos de acuerdo a las necesidades de los integrantes del grupo.

⁴⁰ Hausen James, C. al ASESORAMIENTO DE GRUPOS, Ed. Manual Moderno. México 1994. p. 5.

4. Contribuir en la búsqueda de soluciones en la problemática que están enfrentando los integrantes del grupo.

A esto se le puede agregar que la orientación en grupos, proporciona a los individuos un tipo de relación e identificación basada en el conocimiento, que van adquiriendo los individuos durante las reuniones grupales, en donde se trata de buscar soluciones en sus conflictos emocionales. En este último caso la orientación en grupos proporciona a menudo un campo excelente para que los sujetos manifiesten sus problemas emocionales, de tal forma que el individuo se sienta libre.

Es necesario señalar que los procesos grupales no son un sustituto del tratamiento individual. Es un proceso complementario al tratamiento del sujeto y va depender a la situación que este enfrentando.

Los coordinadores grupales u orientadores planean suministrar servicios de orientación grupal teniendo presente los puntos siguientes:

1.- Los grupos varían en sus características específicas, tanto como los individuos que los componen.

2.- El grupo debe dar a cada uno de sus miembros la oportunidad de aumentar sus potencialidades como el aumento de la fuerza en su personalidad y de liberarlo de sus debilidades.

Es decir que los integrantes del grupo van a tener función y rol de acuerdo al desarrollo que el grupo tenga.

3.- Antes de que el grupo pueda ser productivo, es necesario que cada uno de sus miembros sientan que son aceptados por el mismo grupo y que tiene una responsabilidad para con éste.

4.- El grupo debe estar formado por sujetos que estén viviendo una problemática similar y que puedan compartir un objetivo común el cual se debe definir con claridad.

5.- Un método de funcionamiento que sea de una naturaleza espontánea y tolerante brinda a cada miembro del grupo la máxima oportunidad de asumir el papel que desea desempeñar según sus intereses personales.

6.- La participación activa de todos los miembros del grupo, asegura la existencia de suficiente estímulo para mantenerlo lleno de energía y moviéndose hacia su objetivo.

Se puede mencionar que la orientación en grupos se encuentra profundamente cimentada en la naturaleza de los seres humanos y de sus relaciones sociales.

2.2.5. EL TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS DE ORIENTACIÓN.

El trabajo con grupos humanos se ha desarrollado en diferentes formas de intervención, como la psicoterapia, grupos autogestivos, grupos de auto ayuda y grupos de orientación, los cuales son confundidos frecuentemente por la gran similitud de sus funciones por lo que es de gran importancia mencionar la diferencia entre la psicoterapia y las diferentes formas de intervención grupal, en especial con la orientación.

Es Walter M. Lifton quien hace esa diferencia partiendo que la "psicoterapia es una acción dirigida por un profesional adiestrado, con la mira de mejorar a un individuo que necesita ayuda para remediar alguna conducta con dos cuestiones principales:

- A) En la medida que el caso sea de carácter patológico.

- B) La atención del terapeuta al cambio de la personalidad, más que al mero cambio de actitudes.

En efecto, los problemas que se reflejan con actitudes o factores de situación, se consideran corregibles por medio de la orientación".⁴¹

Por lo antes mencionado se puede referir que la orientación, a diferencia de la psicoterapia tiene un campo de acción más somero, pero no por ello es menos importante para la vida de los individuos.

Lo que se pretende con la orientación es ayudar a los individuos a corregir aquellos aspectos emocionales e instrumentales que les afectan de manera temporal. Que de no ser atendido oportunamente pueden llegarse a convertir en patología, uno de los requisitos primordiales para el trabajo con grupos de orientación es que los integrantes del grupo no deben presentar psicopatología, ya que pueden interferir en el funcionamiento de las reuniones grupales, es decir idealmente se pretende trabajar con personas "sanas".

Una de las funciones básicas que persigue el grupo de orientación es la de coadyuvar al individuo a que busque sus propias soluciones en aquellos problemas comunes que lo aquejan. Simultáneamente, se busca que ellos mismos desarrollen sus habilidades, con el fin de que busquen nuevas soluciones a problemas futuros.

El trabajo con grupos de orientación se basa en gran medida en la interacción de los miembros, por lo cual es importante que el número de estos sea lo suficiente grande como para permitir la retroalimentación y generalización de las situaciones que los individuos presentan; pero que

⁴¹ Lifton Walter, M. op, cit, p. 27.

sea también lo suficiente pequeño para que se les permita la participación y crecimiento a todos y cada uno de los integrantes. El número ideal es de 8 a 15 integrantes en cada grupo, con lo que se podrá analizar y discutir aquellos contenidos o temas que sean trabajado en el grupo.

Un grupo de orientación se puede definir, como aquel espacio en donde se reúne un grupo de personas homogéneo, que buscan solucionar aquellos problemas emocionales que están enfrentando en lo individual, como en lo familiar. Para que se logre el cambio, es necesario que acepten la responsabilidad que les corresponde por sus propias acciones; así, deja de ser el coordinador el único responsable y comparte con el grupo el producto de ese trabajo común.

Este trabajo se da bajo un contexto dinámico del grupo, el cual está formado por una serie de fenómenos interaccionales que a su vez forman un proceso, hecho que se da aún sin nuestra presencia, es decir, la unión de las personas y su interacción, dan por sí mismas una dinámica grupal, la cual puede ser moldeada a través de la aplicación de diferentes técnicas que van a modificar la dinámica natural del grupo.

Las técnicas que se utilizan en su mayoría son didácticas, herramientas que nos van apoyar en la transmisión de conocimientos; que actúan sobre aspectos conscientes de los integrantes del grupo, la finalidad de su aplicación es a favor de la participación activa del grupo, en el análisis de los problemas que confrontan.

Estas técnicas van a complementar a la orientación, en relación a sus objetivos, lo cual no solo se restringe en proporcionar información, sino que también se busca facilitar los procesos educativos en donde la gente aprende a identificar y utilizar óptimamente sus recursos.

2.3. FUNCIONES DE LOS GRUPOS DE ORIENTACIÓN.

Di Carlo refiere que las funciones de los grupos de orientación se inician básicamente en lo educativo en donde se pretende generar cambios entre los integrantes del grupo tales como:

- Desmitificar situaciones que obstaculicen el cambio.

- Desculpabilizar a las personas en relación a los problemas que los afectan.

- Equilibrar el nivel de angustia. Demasiada angustia paraliza a los sujetos, un nivel bajo de angustia minimiza los problemas; ambas situaciones obstaculizan la búsqueda de soluciones y la superación de los problemas.

- Repartir la responsabilidad de un problema entre las personas que lo comparten, con la interacción de que éstos también puedan reconocer su responsabilidad en la solución de los mismos.

- Promover la universalidad, es decir, propiciar en los integrantes del grupo el consentimiento de que no son los únicos en su "desgracia". Después de escuchar a otros miembros del grupo revelar sentimientos y preocupaciones con el mundo y menos solos.

En los casos de los grupos de orientación donde se trabaja con familias de pacientes de cualquier tipo, se debe de agregar:

- Manejar los sentimientos hostiles que experimentan hacia su paciente.

- Ayudar al grupo a reconocer su responsabilidad y participación en el tratamiento del paciente y detectar cómo en ocasiones un manejo inadecuado de estos aspectos, puede funcionar como elemento saboteador de una evaluación del mismo.

- Favorecer la ventilación de los temores y fantasías que a veces atrapan a los familiares de los pacientes en situaciones de mayor angustia.

Estas funciones pueden continuar dependiendo de lo que se persigue en el grupo, pero lo más importante, es la sensibilidad del coordinador para identificar y resolver todos aquellos aspectos que obstaculicen el cambio.

El trabajo con grupos de orientación no es privado para ningún profesionalista en particular, pero en virtud de que se abordan fenómenos humanos que se complican con la unión de otros iguales, el profesional que trabaje en este nivel, además de tener un amplio conocimiento sobre las teorías de la personalidad, la dinámica familiar, la dinámica de grupos y el dominio de las técnicas didácticas y de orientación, deberá poseer un mínimo de conocimiento sobre sí mismo y contar con el apoyo de un supervisor que le ayude en el análisis constante de su trabajo. El trabajo de orientación exige de los profesionales que lo practican una mezcla de sensibilidad, conocimiento y habilidad.

2.3.1. OBJETIVO DEL PROCESO GRUPAL.

El objetivo en el proceso grupal va permitir expresar cualitativamente aquellos propósitos que se desean alcanzar, constituyendo un punto central de referencia para entender la naturaleza específica de aquella acción a realizar.

Por lo antes mencionado, se puede referir que el objetivo en el trabajo con grupos de orientación es el de propiciar que el individuo identifique sus problemas específicos, así como el promover su solución por medio de la modificación de patrones de conducta y de actitud, y no el producir cambios internos o de personalidad.

En relación al objetivo que persigue el grupo de orientación, este va a influir en aquellos recursos personales como la capacidad intelectual del coordinador asumiendo una actitud educativo-asesor.

No todos los grupos presentan las mismas características es decir, que hay grupos con bajos recursos intelectuales, no pudiendo trabajar nunca con una actividad asesora, ya que debido al nivel del grupo el Trabajador Social deberá mantener una actitud educativa-directiva frente al mismo para que éste tenga un futuro de su trabajo.

Por lo contrario si se encuentra un grupo de buen nivel intelectual, crítico y creativo; solo al principio deberá ser educativa y paulatinamente podrá dejar de ser directiva hasta que el grupo trabaje sus propios objetivos y se comprometa en el cumplimiento de ellos, de tal manera que solo requiera de la asesoría del Trabajador Social.

2.3.2. ORGANIZACIÓN.

La organización en el proceso grupal se va a dar de acuerdo a las estructuras técnicas y en las relaciones que deben de existir entre las funciones y actividades de los elementos materiales y humanos del mismo proceso.

La organización en el proceso grupal se da de acuerdo a lo siguiente:

- El coordinador debe de preparar los recursos materiales y didácticos que se utilizan durante el proceso.

- Buscar un espacio físico que esté en buenas condiciones para que el grupo tenga un buen desarrollo.

- Realizar difusión por medio de carteles, trípticos, invitaciones personales o por teléfono con el fin de invitar a la población que asista a la institución para que participe en los grupos.

- Seleccionar a las personas que integraran al grupo de orientación por medio de una entrevista; y los criterios que se toman para elegir a los sujetos son:

- Deben ser familiares o tutores, responsables del paciente.
- Los participantes no deben de presentar patología.
- Que sean del mismo servicio.
- Que tengan una problemática que los identifiquen con los demás participantes.
- Que presenten características de los demás candidatos.
- Compromiso y disponibilidad en el proceso grupal.
- Aplicar estudio de Trabajo Social.

- Por último se forma el grupo de orientación.

2.3.3. DESARROLLO.

Para que el grupo tenga un buen desarrollo se deben de tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Deberá ser un proceso de tiempo considerable, no menor de 10 sesiones en virtud de éste deberá permitir no sólo adquirir información práctica sobre la situación de su paciente, sino además reconocerá cual es la participación de la familia frente a éste y desarrollar habilidades para resolver los problemas que a diario se les presentan.

- la duración de la sesión se considera adecuada de 60 a 90 minutos máximo, tomando en cuenta que rebasar el límite ya no es productivo en virtud de que existe en este tipo de trabajo, un desgaste de energía emocional importante.

- La frecuencia ideal de las sesiones es de una vez por semana, ya que esto permite tener una continuidad en el trabajo. Un mayor tiempo nos debería el riesgo de dispersión en el grupo.

Durante el desarrollo grupal la mayoría de los integrantes, expondrán el motivo por el cual están dentro del grupo y por lo tanto su interés de asistir a este tipo de procesos está en el poder sus dudas en cuanto al tratamiento del paciente; por otro lado existen sentimientos provocados por el paciente hacia su familia y de la familia hacia él que interfieren en el tratamiento. La culpa y la angustia son sentimientos que en ocasiones provocan ambivalencia, ya que por un lado se sienten preocupados por su paciente, pero están enojados por la culpa que este y su enfermedad les provoca.

2.3.4. SUPERVISIÓN.

La supervisión en el proceso grupal se puede conceptualizar como un proceso educativo y administrativo que señala aquellas técnicas operativas en la utilización del mismo proceso cuyas funciones son para dirigir, orientar, administrar, motivar, capacitar y guiar al coordinador del grupo.

La supervisión se aplica en el proceso grupal con el fin de apoyar el cumplimiento de las funciones del coordinador y poder realizar un análisis de aquellos aspectos que estén obstaculizando en trabajo y así saber como intervenir en la corrección de esas fallas.

La supervisión grupal puede intervenir en diferentes modalidades:

SUPERVISIÓN INDIVIDUAL: Se va establecer una relación entre el coordinador y el supervisor, para facilitar el análisis de aquellos puntos que estén obstaculizando el proceso grupal, así como las funciones del coordinador, no obstante, la supervisión del conductor se puede ver limitada, ya que este puede ocultar aquellas situaciones que estén desviando sus funciones dentro del grupo.

SUPERVISIÓN DE EQUIPO: Esta supervisión se va dar con el coordinador y el observador del grupo, se da una análisis de las intervenciones del coordinador así como de las funciones y roles que desempeñan en el proceso grupal, la participación del observador en esta supervisión es la de contribuir con información más amplia de las funciones del coordinador.

SUPERVISIÓN GRUPAL: En esta forma de supervisión, el supervisor va permitir que el coordinador narre su experiencia durante el desarrollo del proceso grupal, y va corregir y sugerir alternativas de

trabajo, así como va analizar sus actitudes y sus funciones apoyándose en la crónica grupal.

Estas modalidades de supervisión grupal se pueden complementar con las siguientes funciones:

PLANEACIÓN: El supervisor va asesorar al coordinador en la definición de objetivos, así como en aquellos lineamientos para la elaboración de instrumentos de evaluación y la realización de diagnósticos grupales. También se establecerán los cronogramas y planes de trabajo.

ORGANIZACIÓN: El supervisor asesorará al coordinador, en el establecimiento de actividades de trabajo grupal, así como la distribución de aquellos recursos materiales y didácticos que se vayan a utilizar en el proceso grupal.

COORDINACIÓN: El supervisor se va a coordinar con el conductor del grupo en la detección de problemas que estén afectando la dinámica del grupo. Simultáneamente se va establecer una coordinación en el establecimiento de aquellas técnicas y actividades a desarrollar en el grupo.

DIRECCIÓN: El supervisor va vigilar que se cumplan las tareas y funciones del coordinador del grupo, al igual que lo va asesorar en aquellos recursos y elementos educativos, técnicas que le permitan desarrollar eficazmente sus funciones en el grupo.

CONTROL: El supervisor debe medir y examinar los resultados obtenidos en el proceso grupal, esto con el fin de corregir aquellas fallas que se presentaron durante el desarrollo del grupo, esto también va a servir para verificar el cumplimiento de los objetivos y de aquellas actividades marcadas en el plan de trabajo.

También el supervisor se puede apoyar en los siguientes aspectos partiendo de que el coordinador del grupo:

- Debe tener conocimiento sobre todo lo relacionado acerca de la teoría de grupos.
- Debe vigilar el cumplimiento de las tareas grupales.
- Tiene la capacidad para la organización e integración de grupos.
- Es capaz del manejo grupal.
- Posee la facilidad de palabra.

Todos estos elementos y funciones pueden llevar a una buena supervisión grupal, partiendo también que la relación entre supervisor y supervisado debe de ser estrechamente y agradable para el cumplimiento de esta.

CAPITULO III

LA EVALUACIÓN EN EL TRABAJO GRUPAL

3.1. CONCEPTO DE EVALUACIÓN.

El término de evaluación etimológicamente proviene del latín "vale", que significa valorar e implicar la acción de justificar, tasar, valorar o atribuir cierto valor a una cosa, de ahí que se le ha considerado como una expresión elástica debido a los múltiples usos que esta tiene y por su aplicación en una amplia gama de actividades.

En términos generales se puede conceptualizar a la evaluación como "una actividad que tiene por objeto maximizar la efectividad de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos".⁴²

A partir de esta definición se pueden puntualizar algunos aspectos que dan razón de ser a la evaluación remarcando la importancia de su utilidad para el diseño y operación de servicios sociales:

- "La evaluación permite cuantificar los avances y resultados de las acciones establecidas en un programa, en función de su capacidad de responder a los problemas y demandas que le dieron origen. Por lo que representa un proceso en el cual los

⁴² Cohen, Ernesto. et. al. *EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES*. Ed. Siglo XXI. México, 1997. p. 77.

aspectos cuantitativos tienen valor en función de los cualitativos.

- Es un proceso que valora alcances y la efectividad de un programa a través de un contraste sistemático y objetivo de lo pensado y lo realizado. Situación que retroalimenta de manera continua los contenidos del programa con el propósito de procurar la congruencia con la realidad, además de validar estrategias y modelos de intervención, en cuanto a la idoneidad de las mismas con las características socioculturales de la población, así como a sus demandas y expectativas.
- La actividad metodológica que facilita y fundamenta la toma de decisiones para mantener, cambiar, reproducir o eliminar aspectos y elementos de un programa o bien la totalidad del mismo".⁴³

Esta diversidad en la utilidad de la evaluación en torno a programas y servicios sociales la hacen un proceso complejo, en el cual la confiabilidad y objetividad de los resultados exige métodos rigurosos y sistemáticos que garanticen la validez, oportunidad y pertinencia de sus productos y aportaciones.

3.1.1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Se ha dicho que la evaluación tiene como objetivo el "medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura. Enfatizando cuatro rasgos primordiales: la expresión "medir los efectos" hace referencia a la

⁴³ Galeana, de la O. Silvia. PROMOCIÓN SOCIAL UNA OPCIÓN METODOLÓGICA. Ed. ENTS. UNAM. México D.F., 1999. p. 108.

metodología de investigación que se emplea. La expresión "los efectos" hace hincapié en los resultados del programa y no en su eficiencia, honestidad, moral o respecto a reglas o normas. La comparación de los efectos con metas subraya el uso de criterios explícitos para juzgar hasta que punto el programa va marchando bien. La contribución a la toma de decisiones subsiguiente y al mejoramiento de la programación futura denota la finalidad social de la evaluación".⁴⁴

Si analizamos estos aportes se puede destacar que los objetivos de la evaluación están dirigidos específicamente a responder una variedad de interrogantes relativas a la concepción y al diseño del programa, a la puesta en marcha del mismo y a la valoración de la repercusión y de la eficiencia en torno a la situación problema que se aborda a través de un conjunto de acciones, es decir, una evaluación integral.

Considerando a la evaluación como un proceso enfocado a recabar, analizar e interpretar acerca de los requerimientos, procedimientos e incidencia a las intervenciones en pro del mejoramiento de las condiciones sociales, sus objetivos se dedican básicamente a:

- "Valorar si las líneas de acción operacionalizadas a través de una constelación de programas y proyectos son efectivos con respecto a la magnitud de sus alcances, además de si éstos están dirigidos a la población objetivo; y procurar los recursos, servicios y beneficios que se pretenden a través de las mismas.
- Detectar posibles modificaciones de estrategias y procedimientos acordes con la dinámica de la población de una localidad o comunidad.

⁴⁴ H. Weiss. Carol. INVESTIGACIÓN EVALUATIVA. Ed. Trillas. México 1991. p.p.16 - 17.

- Controlar y dirigir el sentido integral de la intervención a través de la verificación de la correlación, correspondencia y complementariedad entre acciones, proyectos y programas.
- Verificar la asertividad de los supuestos teóricos y metodológicos que fundamentan y dirigen la intervención en función de la realidad cotidiana de la comunidad.
- Retroalimentar y rediseñar procesos de organización y gestión social que contribuyan a la consolidación de estructuras de participación comunitaria.
- Identificar y potencializar el desarrollo de actitudes de cooperación comunitaria, condiciones de homogeneización de intereses y expectativas, así como el desarrollo de aptitudes para el trabajo de apoyo mutuo y colectivo en beneficio de la propia comunidad".⁴⁵

A partir de estos objetivos se puede concluir que la evaluación representa la fase que retroalimenta la intervención, es decir, es el único espacio a través del cual se pueden detectar requerimientos, modificaciones y las adecuaciones pertinentes de acuerdo a las exigencias del sentir y pensar de la población en estudio.

3.2. PROPÓSITOS DE LA EVALUACIÓN.

Los propósitos de la evaluación suelen ser, en la práctica, de muy diferente índole, e importancia. A veces tales propósitos suelen ser difíciles de resolver en un solo estudio, pero de todas maneras es necesario tenerlos en cuenta para priorizarlos o tomar indicadores de los problemas que se relacionan con las necesidades que hayan podido ser explicitadas.

⁴⁵ Galeana, de la O. Siltva. op. cit. p. 112.

Briones señala que una evaluación presenta propósitos que pueden ser perseguidos en una investigación evaluativa en diferentes niveles de generalidad:

1. "Mejorar la efectividad cuantitativa del programa, es decir, el logro de sus objetivos.
2. Mejorar la calidad de los resultados, o sea la efectividad cualitativa del programa.
3. Aumentar la eficiencia interna del programa, vale decir, la relación entre insumos y resultados.
4. Mejorar la eficiencia externa del programa o adecuación de resultados con objetivos externos.
5. Someter a verificación la teoría o hipótesis que relaciona los componentes del programa con los resultados buscados.
6. Redefinir la población objeto: reducirla, homogeneizarla, etc.
7. Modificar la estructura, el funcionamiento y la metodología del programa.
8. Tratar de cumplir, si es pertinente, las expectativas de la población objeto del programa (sobre su funcionamiento, recursos, objetivos, etc.).
9. Controlar la aparición de posibles prácticas o resultados no deseado.

10. Tratar de homogeneizar los efectos, consecuencias y repercusiones del programa en diversos subgrupos de la población de referencia del programa".⁴⁶

"Dichos propósitos menciona el autor, pueden surgir de algún indicio de que algo está fallando en el programa, lo que obliga al conocimiento pormenorizado del mismo desde su etapa de surgimiento, diseño y ejecución, por lo que los propósitos de la evaluación se sintetizan en la necesidad de tomar decisiones en diversos aspectos del programa con el fin de mejorar sus funciones, su efectividad, etc."⁴⁷

3.2.1. TIPOS DE EVALUACIÓN.

De acuerdo al criterio de los autores Espinosa Vergara, Ander-Egg y Ernesto Cohen, frecuentemente se utilizan cuatro clasificaciones de los diversos tipos de evaluación, sin embargo en la práctica estas tipologías se entrelazan y se relacionan:

1. "En función de quien la realiza, Espinoza Vergara distingue tres modos de evaluación:

EVALUACIÓN EXTERNA: Es aquella que es realizada por personas que no forman parte de la institución ejecutora del programa.

EVALUACIÓN INTERNA: Es la que realizan las personas que si forman parte de la institución ejecutora del programa, pero que no son directamente responsables de la ejecución.

⁴⁶ Briones, Guillermo. *EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES*. Ed. Trillas. México 1991. p.p. 17 - 18.

⁴⁷ *Ibidem*. p.p. 18 - 19.

EVALUACIÓN MIXTA: Ésta es la que se realiza con evaluadores internos y externos de la institución".⁴⁸

2. De acuerdo al momento en que se realiza, Ezequiel Ander-Egg plantea:

EVALUACIÓN PARCIAL: Es la que se realiza durante el desarrollo del programa y sirve para introducir correcciones en la marcha del mismo.

EVALUACIÓN FINAL: Es que se realiza una vez terminado el programa. Bajo esta modalidad la evaluación constituye la etapa final del proceso metodológico y está orientada a medir, analizar y estimar el desarrollo total de un proceso.

3. "Según el ámbito: Es el espacio que ocupa la aplicación del programa, éste puede ser, nacional, regional, local, de lugar (institución, aula, etc.).

4. Según la dimensión, está en relación con el número de personas beneficiadas del programa a evaluar".⁴⁹

5. De acuerdo con la naturaleza de lo que se evalúa es de cuatro tipos:

1. Evaluación de necesidades (diagnóstico de la situación).

⁴⁸ Espinoza Vergara, Mario. *EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES*. Ed. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1986. p.18.

⁴⁹ Ander-Egg, Ezequiel. *EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRABAJO SOCIAL*. Ed. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1984. p. 36.

2. Evaluación del diseño.
3. Evaluación del desempeño.
4. Evaluación del impacto.

3.3. CRITERIOS PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN.

Los criterios de la evaluación son aquellos aspectos que permitirán la eficacia de ésta y se resumen en los siguientes aspectos:

1. VALIDEZ: La evaluación debe cumplir estos requisitos cuando se aplique, ya que de alguna manera va a controlar y demostrar aquello que se trata de medir sistemáticamente.

Existen diferentes métodos de validez tales como:

VALIDEZ PRAGMÁTICA: Consiste en encontrar un criterio externo al instrumento de medición, para relacionarlo con las puntuaciones obtenidos.

VALIDEZ PREDICTIVA: En esta se trata de comprobar los resultados obtenidos en el futuro.

VALIDEZ CONCURRENTES: Va a contrastar los resultados con otros elementos de juicio y con elementos pragmáticos.

2. CONFIABILIDAD: Se puede decir que una evaluación es confiable o segura cuando se aplica repetidamente a un mismo individuo o grupo, o al mismo tiempo por investigadores diferentes.

El problema de la confiabilidad desde el punto de vista técnico, se presenta con relación a los instrumentos utilizados.

"Existen dos procedimientos principales para la determinación de la confiabilidad:

- El análisis de la estabilidad de los resultados mediante la aplicación de medidas repetitivas.
- Es estudio de la equivalencia de los resultados mediante la aplicación de medidas repetitivas.
- El estudio de la equivalencia de los resultados cuando los instrumentos son administrados por diferentes personas".⁵⁰

OBJETIVIDAD: Se deben de evaluar los hechos tal como se dan en la realidad, sin proyectar sobre ellos las opiniones o maneras de pensar de los evaluadores de una forma distorsionada de la misma realidad.

4. PRACTICIDAD: "Aquí también juega una importancia central el criterio de utilidad. De poco sirve realizar evaluaciones con instrumentos muy sofisticados, cuando lo que se pretende puede lograrse por procedimientos más sencillos.

Tampoco debemos olvidar que la práctica de una evaluación viene dada también por la adecuación del modelo utilizado, con el destino que quiera dar a las conclusiones y recomendaciones".⁵¹

⁵⁰ Ander-Egg, Ezequiel. METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL. Ed. El Ateneo. México D.F. 1994. p.215.

⁵¹ *Ibidem*. p. 215.

5. OPORTUNIDAD: En diferentes circunstancias la evaluación debe ser aplicada en el momento en que sea posible introducirla; se puede dar con el fin de detectar si hay fallas en la ejecución del programa.

3.3.1. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.

La metodología de la evaluación "es similar al diseño correspondiente de la investigación social y consiste en la estrategia para reunir, procesar y analizar la información que requiere para satisfacer los objetivos de evaluación. De esta manera, en un nivel general"⁵².

La metodología consiste en los procedimientos que se utilizan para resolver las siguientes tareas:

1. DETERMINACIÓN DE LA EFECTIVIDAD: Esta tarea consiste en la definición de objetivos básicos del programa de acción es producir alguna modificación o cambio, la tarea principal de la investigación evaluativa, la cual consiste paralelamente en establecer si en los hechos el programa alcanza o no los objetivos propuestos. Se trata de cómo se advierte, de verificar la efectividad del programa.

Tal efectividad haya sido comprobada en la validación del programa. En este caso, la tarea del evaluador consiste en examinar críticamente la validación realizada, con especial atención.

2. UNIDADES DE ESTUDIO: Es el conjunto de personas, que comparten el atributo de ser receptores de los servicios o bienes de la misma.

⁵² Briones, Guillermo. op. cit. p. 92.

Atributos o características son las cualidades observadas en la población. Esto varía en magnitud, y su expresión numérica se llama medida.

3. UNIDADES DE ANÁLISIS: Estas constituyen el objeto de la evaluación y la primera elección decisiva que es necesario realizar a cabo.

Estas unidades se pueden caracterizar en diferentes maneras:

- a) "Con referencia a sí misma (absoluta, global). La medición se lleva a cabo exclusivamente sobre la unidad, no requiriéndose conocimientos sobre las subunidades, las superunidades u otras unidades del mismo nivel.
- b) Con referencia a otras unidades del mismo conjunto (comparativa). Se le compara con otras, con las que comparte ciertos atributos.
- c) Con referencia a la estructura del conjunto (relacional). Es la vinculación (o relación) que una unidad tiene con otra u otras, como la red de interacciones del individuo dentro de un grupo social.
- d) Con referencia a las subunidades, ya sea a la distribución de éstas, o a la estructura de su conjunto.
- e) Con referencia a las superunidades (contextuales). La unidad es caracterizada como miembros de la superunidad de la que forma parte".⁵³

⁵³ Cohen, Ernesto et. al. op. cit. p. 141.

4. DISEÑO MUESTRAL: Una vez que se ha tomado una decisión acerca de las unidades de análisis hacia las cuales se refieren empíricamente la evaluación; se debe tomar otra nueva si existen varias unidades. Esta última decisión envuelve dos posibilidades principales:

- a) Utilizar un criterio probabilístico.
- b) Seleccionar las unidades a partir de algunos criterios establecidos por el evaluador.

Estas posibilidades equivalen a las siguientes opciones:

- 1) Utilizar un diseño muestral probabilístico: el cual da una probabilidad conocida, distinta de cero, a cada una de las personas del universo de estudio, de entrar la muestra. En algunos casos, la probabilidad es igual para cada unidad. Estos diseños son de uso obligado en las investigaciones experimentales. Sus principales ventajas son:
 - Representatividad de la muestra respecto del universo.
 - Posibilidad de calcular por anticipado la magnitud y la probabilidad de que se dé el error de muestra.
 - Posibilidad de generalizar al universo los resultados obtenidos en el análisis de la muestra.
 - Utilizar un diseño muestral intencional o por cuotas no probabilísticas: En este se da una selección según los criterios definidos por el evaluador con la finalidad principal de ubicar los focos de evaluación en grupos a los cuales le asigna especial importancia. Su principal característica consiste en posibilitar los estudios en profundidad de componentes o procesos del programa.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA.

5. -INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: En el proceso metodológico de una evaluación deben indicarse los procedimientos que se utilizarán para la recolección de información y los instrumentos que se destinan a tal fin. "En lo que toca a procedimientos, podrían utilizarse observaciones, entrevistas de todo tipo, discusiones grupales, etc. los instrumentos, según el caso, pueden ser protocolos de observación (estructurados o no), guías de entrevistas, cuestionarios, registros de discusiones, etc."⁵⁴

6. INDICADORES Y MEDICIÓN DE VARIABLES: Es frecuente que las variables o características que aparecen en los objetivos de evaluación no ofrezcan mayores dificultades para su descripción o su medición directa. También es frecuente, sin embargo, que otras variables requieran definiciones para comprender su significado; de indicadores que permitan su descripción y, cuando sea posible o necesario, su medición. En este último caso, es indispensable utilizar técnicas ya preparadas o que el evaluador debe desarrollar por su cuenta.

Los indicadores pueden referirse a variables individuales o variables colectivas, es decir, de los grupos. Pueden ser, por otro lado, indicadores objetivos o bien indicadores subjetivos constituidos por juicios, opiniones o estimaciones hechas por los evaluadores o las personas sometidas al proceso de evaluación.

Es importante destacar que en algunas evaluaciones es necesario tener indicadores de conductas reales o prácticas, de conocimientos y de actitudes.

7. TRABAJO DE CAMPO: "Aquí, por lo general, se indica quiénes recogerán la información en el terreno, cómo serán preparados esas personas, cuál será la distribución del trabajo, de qué forma se llevará a cabo la supervisión, etc."⁵⁵

⁵⁴ Briones. Guillermo. op. cit. p. 119.

⁵⁵ *Ibidem.* p. 120.

8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: Existen varios pasos para realizar el análisis de la información como son:

- a) La codificación: Es en donde se le asigna un orden a las variables así como a los valores.

- b) Análisis de consistencia de las variables: Una vez realizada la revisión de la información, se realizan pruebas para garantizar los valores registrados por las variables en las unidades de análisis.

- c) Análisis de la distribución y de la relación existente entre variables: Tiene como objeto determinar el agrupamiento de los valores de la variables, según la distribución que presenten en la muestra.

9. INFORME DE EVALUACIÓN: Es la descripción del proceso de la evaluación desarrollada, los resultados obtenidos, las conclusiones y las recomendaciones que permitan la toma de decisiones, por lo que la presentación requiere de una síntesis de las etapas, con el objeto de manifestar la lógica y naturaleza de las propuestas.

3.3.2. PROCESO DE EVALUACIÓN.

El proceso de evaluación se configura con una serie de pasos destinados a dar una forma sistemática y organizada con el fin de obtener un resultado. Es decir que se trata de un proceso, el cual está centrado en la medición de resultados mediante la valoración y apreciación de lo que se ha hecho o se está haciendo.

Dicho proceso esta integrado por una serie de paso que a continuación se presentan:

A) Determinación de los objetivos de la evaluación: Toda evaluación debe estar enmarcada dentro de un objetivo bien preciso y delimitado que proporcione "pruebas objetivas, sistemáticas y completas del grado en que el programa ha conseguido los fines que se proponía y del grado en que se han producido otras consecuencias imprevistas que, una vez conocidas, sean también de interés para la organización responsable del programa".⁵⁶

B) Formulación del marco de referencia: El marco de referencia de una evaluación consiste fundamentalmente, en un conjunto sistematizado de datos, guías y perfiles que permitan establecer comparaciones.

Este marco referencial está determinado por dos aspectos fundamentales:

- Diagnóstico de la situación.
- Formulación del programa.

C) Determinación de las áreas de evaluación: Las áreas de evaluación se refieren a los diversos aspectos en que se puede descomponer un programa de esta manera al evaluar todas las áreas, la evaluación es global; en cambio cuando se trata de algunos aspectos, la evaluación es sectorial.

Existen diez áreas de evaluación, de las cuales seis de ellas se refieren a la coherencia interna del programa y las restantes a la coherencia externa.

⁵⁶ Carrasco González, María de Lourdes. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL P.H.AN.M. EN LAS ACCIONES DE FOMENTO, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL JOSÉ M.A. RODRÍGUEZ DEL ESTADO DE MÉXICO. Tesis ENTS UNAM. México D.F. 1996. p. 39.

- Áreas de coherencia interna:
 - Evaluación del estudio-diagnóstico.
 - Evaluación de la fase programación-diseño.
 - Evaluación de la ejecución del proyecto: en qué medida se alcanzan los objetivos.
 - Evaluación de la implementación.
 - Evaluación del perfil estructural y funcional de la institución desde la cual se realiza el programa
 - Evaluación de los procedimientos utilizados.

- Áreas de coherencia externa.
 - evaluación de los resultados efectivos.
 - evaluación de la coordinación exterior del programa.
 - Evaluación de los efectos indirectos.
 - Opinión de los beneficios o destinatarios.

D) Explicar los problemas prácticos que comparte la tarea evaluativa.

Comparte una serie de cuestiones prácticas; mencionamos las principales:

- ¿Qué comparaciones hay para medir lo que se quiere evaluar? Esta cuestión depende tanto del marco referencial, como del área o áreas que han decidido evaluar.
- ¿Qué datos y qué informaciones se necesitan para esa evaluación?
- ¿Cómo recopilar los datos? ¿Qué técnicas utilizar?
- ¿Qué seguridad existe acerca de la disponibilidad de datos e información?, ¿En qué medida son accesibles?

Existen otras interrogantes pero de algún modo están indicadas en otras fases del proceso. Aquí se señalaron aquellas que están en la base o punto de partida de la labor evaluativa.

E) Determinación de los recursos: Se trata de saber que recursos existen y están disponibles para ser aplicados a la investigación evaluativa.

Los recursos se determinan de acuerdo a los siguiente:

- Número de integrantes que conformaran el equipo de evaluación; esto a su vez, condiciona el tiempo dentro del cual se realizará la evaluación: a mayor y menor equipo, menos tiempo para realizar el trabajo.
- Las técnicas a utilizar: ya sabemos que podemos utilizar desde técnicas muy sofisticadas hasta otras muy simples; esto incide a su vez, en la calidad de la investigación.

F) Implementación de la evaluación: "Esta fase consiste en realizar los pasos necesarios para llevar a la práctica las formulaciones elaboradas en las fases precedentes. Comporta tres tareas principales:

- Elaboración de instrumentos:

Mediante los instrumentos de evaluación se operacionalizan los objetivos de la evaluación. Lo principal de esta tarea, desde el punto de vista metodológico, es el encontrar los indicadores objetivos de las variables involucradas en la investigación.

- Organización del material de investigación:

Desde el inicio de la investigación hay que ir ordenando toda la información recogida y de algún modo, se debe ir clasificando.

- Integración del equipo de evaluación:

Aún cuando se trata de personas que hayan realizado este tipo de tareas, siempre se hace necesario disponer de un tiempo para integrar el equipo, distribuir entre todo el programa de investigación a desarrollar. Es probable que este equipo se constituye al comienzo del trabajo, pero es en este momento cuando hay que organizar la tarea de una manera muy precisa y determinada⁵⁷.

3.3.3. MODELOS DE EVALUACIÓN.

Un modelo de evaluación representa "el esquema o diseño general que caracteriza la forma de investigación evaluativa que ha de realizarse

⁵⁷ Ander-Egg Ezequiel. op. cit. p. 229

y las técnicas o procedimientos para la recolección y análisis de la información".⁵⁸

Existen básicamente tres tipos de modelos cuya diferencia está dada por la rigurosidad científica y la dificultad de su aplicación:

MODELO EXPERIMENTAL: Es el que presta una mayor rigurosidad científica, lo que deriva en un momento en la dificultad de su aplicación. Consiste en la conformación de dos grupos seleccionados al azar teniendo como base una causalidad:

- Grupo experimental.
 - En donde se realiza la investigación.
 - Este grupo va a recibir estímulos; en este caso las acciones de un programa.
- Grupo control
 - Este va servir de referencia.
 - Es grupo no recibe los efectos del programa.

"El control implica la contrastación a través de mediciones a ambos grupos antes y después de la ejecución del programa. Se identifican las diferencias y a partir de éstas se señala el grado de las acciones del programa".⁵⁹

En este modelo se aplican dos mediciones:

⁵⁸ Briones, Guillermo. op. cit. p. 31.

⁵⁹ Cohen, Ernesto. et. al. op. cit. p. 127.

- Una medición antes administración de una pre evaluación.
- Una medición después Administración de una post evaluación.

Los pasos a seguir en este modelo son:

- Selección de una muestra aleatoria de una población definida de antemano.
- Se distribuye al azar el grupo experimental y el grupo control.
- Se hace en ambos grupos la medición antes pre evaluación.
- Se aplica estímulo al grupo experimental (acción de la variable independiente).
- Finalizada la acción de estímulo, se hace la medición después en ambos grupos es decir se aplica la administración del post evaluación.
- Se obtiene las diferencias entre el grupo experimental y el grupo de control.

MODELO CUASI EXPERIMENTAL: "Su aplicación es más práctica porque no cubre estrictamente los requisitos establecidos en el modelo experimental. Fundamentalmente se caracteriza por la conformación de los grupos con y sin proyecto con características semejantes cuyos integrantes no se seleccionan de manera aleatoria, sino más bien por conveniencia".⁶⁰

⁶⁰ Galeana de la O., Silvia, op. cit. p. 117.

En esta categoría existen diversos tipos de modelos resaltando los siguientes.

DISEÑO DE SERIES TEMPORALES: "Las temporales se construyen sobre la base de mediciones periódicas efectuadas "antes", "durante" y "después" de la realización del proyecto. Según las formas que adopten las curvas, es posible determinar el impacto del programa y su magnitud".⁶¹

DISEÑO CON GRUPO DE CONTROL NO EQUIVALENTE: Este diseño utiliza un grupo de control que no proviene del universo del grupo experimental o, en el caso, del grupo que constituye la población usuaria del programa. Esto quiere decir que la asignación de las personas a los grupos no se ha efectuado al azar. En ambos grupos se hace una medición "antes" y "después" para comprobar las diferencias finales y evaluar así, la efectividad del programa. Las tareas principales de este diseño consiste en formar un grupo de comparación adecuado.

MODELO NO EXPERIMENTAL: Se diferencia de los anteriores porque no considera el grupo control, en consecuencia, la medición se centra en la población beneficiaria, en este sentido se tiene que eliminar los efectos exteriores y no atribuirlos al proyecto.

Este modelo cuenta con varios diseños entre los que destacan son los siguientes:

DISEÑO ANTES Y DESPUES : Este diseño fundamentalmente se caracteriza por trabajar con un grupo, o con la población-objetivo del programa. No hay posibilidad de realizar comparaciones con quienes no están expuestos o no estén participando en el programa.

⁶¹ Cohen, Ernesto. et. al. op. cit. p. 132.

Por lo que se puede concluir que este tipo de evaluación "no tiene por que circunscribirse únicamente a medidas anteriores y ulteriores. Puede tomar una serie de medidas de los participantes cuando se vaya efectuando el programa y ver cuál bien se va alcanzando los pasos sucesivos que se han establecido como hipótesis"⁶².

En este diseño la evaluación puede estudiar los procesos de ejecución del programa y descubrir el grado en que dicho programa está produciendo la cantidad, la calidad y la extensión de servicios que se quieren conseguir.

SOLO DESPUÉS CON GRUPO DE COMPARACIÓN: "Este modelo contrasta los resultados obtenidos en el grupo focal del proyecto con los de un "grupo de comparación" que opera como testigo"⁶³. Usualmente es utilizado cuando se quiere evaluar los impactos del programa en marcha. Puede ser usado también en caso que la información este disponible para detectar fallas en ella ejecución del programa.

Los resultados obtenidos no tiene la solidez del diseño experimental, pero puede proporcionar aproximaciones razonables sobre la ejecución y calidad del programa.

DISEÑO SOLO DESPUÉS: Este diseño es considerado como el más débil, el menos riguroso ya que hay muchos factores que están fuera de control; sine embargo es utilizado por los evaluadores.

considera un solo grupo en el cual la medición solo puede efectuar "después" de la ejecución del programa.

⁶² H. Weiss, Carol. op. cit. p. 95.

⁶³ Cohen, Ernesto. et. al. op. cit. p. 136.

3.4. EVALUACIÓN EN EL PROCESO GRUPAL.

Una de las formas que va determina el grado en que el grupo está logrando sus metas y objetivos es la evaluación, la cual siempre va estar presente en cualquier situación del grupo, permitiendo así la determinación de aquellos avances, estancamientos o retrocesos que se pueden originar en el proceso del grupo.

Es importante determinar el momento oportuno para la aplicación de la evaluación, esto con el fin de poder observar y detectar aquellas fallas o conflictos dentro del grupo y poderlos corregir a tiempo para que este tenga un buen funcionamiento y desarrollo, así como una productividad en las tareas asignadas por el coordinador.

Con la aplicación de la evaluación grupal se va a ocasionar algunas veces que los integrantes se sientan agredidos en su auto imagen, de cualquier crítica de su persona provocando frustración y angustia. Ya que se sienten reflejados por experiencias similares, en otros procesos grupales, ocasionando conductas defensivas y de evasión a la evaluación.

Con la evaluación de grupos se busca controlar aquellos sucesos que obstaculizan el progreso del grupo, este medio es muy importante como el dominio de los fenómenos del grupo, como forma de profundizar el análisis de lo vivido, como modalidad de volverse más operativo y más eficaz.

A continuación se presentan una serie de pasos para realizar evaluaciones grupales:

1. Que se debe de evaluar del grupo:

- **Los objetivos:**

- La claridad en su formulación
- Su posibilidad de logro
- Las formas en que se dan los pasos para cumplirlos
- El compromiso del grupo en la obtención de sus metas.

- **La dinámica del grupo:**

- la atmósfera del grupo.
- La intervención del grupo
- La comunicación dentro del grupo
- La intervención de los participantes
- El desempeño de los roles
- La aceptación de las normas establecidas
- La participación del observador
- La comprensión de temas tratados
- La modificación de conductas de la vida diaria
- Proceso de socialización de los participantes
- El tipo de materiales ya sea didáctico o audiovisuales.

1. Quien ha de evaluar:

- El primer paso es tener claro los aspectos de evaluación del grupo.
- El segundo paso es determinar quien va a realizar la evaluación grupal, esto puede ser por el coordinador, o por el observador

2. Métodos para evaluar:

Los métodos a emplear en la evaluación grupal son escogidos por el coordinador grupal y van hacer de acuerdo a los criterios de utilidad y conveniencia que las circunstancias aconsejan.

3. Cuando se ha de evaluar:

La evaluación deberá ser regular, sistemática y en lo posible, al finalizar cada sesión. Sin embargo hay momentos claves para evaluar:

- Una evaluación inicial para comprobar el grado de compromiso de cada uno de los participantes.
- Una evaluación en la mitad del ciclo del total de reuniones previas.
- Una evaluación final para comprobar el logro de los objetivos, las actividades desempeñadas por los participantes y la función del dinamizador.

3.5. UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN EN LOS GRUPOS DE ORIENTACIÓN

La utilidad que tiene la evaluación en los grupos de orientación va a girar en torno a la productividad que éste tenga durante su desarrollo, así como su funcionamiento va permitir detectar aquellos sentimientos de pertenencia y de cohesión entre los miembros. Va a identificar aquellas relaciones interpersonales, así como aquellos roles que funcionan dentro del proceso grupal, con esto nos permitirá realizar análisis sobre aquellos logros que se dieron en el grupo, y el impacto que este tiene hacia los individuos que participaron en él.

La evaluación va permitir que el Trabajador Social sistematice y analice aquellos acontecimientos manifestados durante el proceso grupal, dando origen al establecimiento de indicadores, para la elaboración de perfiles hacia el usuario de los grupos de orientación.

Con la evaluación grupal se podrá detectar indicadores psicosociales que influyan en los diferentes momentos de desarrollo del individuo.

Permitirá integrar marcos de referencia de las características psicosociales en la que se desarrolla el proceso grupal. Por último la evaluación permitirá al Trabajador Social a definir parámetros de medición así como el diseño de instrumentos y estrategias de intervención en futuros proceso grupales.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN EN LOS GRUPOS DE ORIENTACIÓN GRUPAL

4.1 PASO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE EVALUACIÓN.

Partiendo que un modelo de evaluación es un esquema o diseño que caracteriza la forma de la investigación evaluativa que ha de realizarse, las técnicas o procedimientos para la recolección y análisis de la información el conocimiento final que se desea obtener y los usuarios principales de los resultados de estudio

Los modelos de evaluación pueden estar relacionados con paradigmas epistemológicos explicativos y a través de ellos, con posiciones realistas u objetivas. En la evaluación, al igual que en otro tipo de investigaciones, la finalidad de conocimiento consiste en proporcionar explicaciones de modalidades de funcionamiento del proceso grupal y sus resultados (positivos y negativos). De ahí la necesidad de considerar el programa como integrador de diversos componentes por características y variables con las cuales sea posible determinar relaciones específicas.

En este sentido la utilidad que tiene el diseñar modelos en especial de evaluación radica en formalizar la acción a través de la cual se puede plasmar una clara relación entre la situación, problemática detectada y los fines y acciones que el Trabajador Social considere los más idóneos para modificar o transformar la realidad de acuerdo a su estudio y explicación.

De ahí la utilidad de los modelos de evaluación que busca fortalecer la acción a través de la cual se puede plasmar una clara relación entre la situación problema y los fines y acciones que el Trabajador Social considere los más idóneos para modificar o transformar la realidad de acuerdo a un estudio.

Para la construcción de un modelo es importante que el proceso tome decisiones mediante el cual se determinan con atención las alternativas y los procedimientos elegidos en función de la viabilidad y obtener en relación a las condiciones socioculturales de la población.

A partir de lo anterior, es posible resaltar dos características esenciales de un modelo: primero, permite dar un sentido integral a la intervención con base en la configuración de frentes de actuación multifactoriales y multidisciplinarios de una gama de programas y proyectos entrelazados que reflejan un conjunto de acciones secuenciales quedan cuenta de una relación complementaria y de interdependencia de las mismas, como resultado del conocimiento multidimensional y multicausal de la realidad es decir la comprensión como un todo o como unidad social.

Como una segunda característica consecuencia a lo anterior un modelo lleva implícita la concepción y la explicación de la realidad abordada y representa una perspectiva e intervención en donde la efectividad va a ser comprobada con la capacidad que presenten las acciones para resolver la situación problemática de la localidad en estudio y cuyos supuestos puedan convertirse en nuevos referentes teóricos en la medida que exista una presencia constante de los mismos en diversas experiencias de aplicación de modelos de evaluación así como un seguimiento y construcción teórica de estos supuestos, que permita su generalidad.

Por lo que la utilidad de un modelo de evaluación se centra por una parte en la direccionalidad de una acción y en otra en establecer condiciones favorables para la teorización en el sentido de que se

puntualiza y que observa el comportamiento de variables que van implícitas tanto en la explicación como el abordaje de la problemática social atendida no obstante para el logro de esta última tarea es fundamental establecer de manera continua los procesos de seguimiento y análisis que den pauta a la explicación de variables y proceso en estudio.

Asimismo, la construcción de un modelo permite que los procesos de estudio y explicación abordados en un grupo permite la retroalimentación a partir de la observación directa, que posibilita captar su estado dinámico otorgándole mayor objetividad y congruencia a lo referentes teóricos que fundamentan nuestra actuación y por otro lado enriquecen los marcos metodológicos lo que da pauta a reorientar continuamente la acción.

Por lo antes mencionado la metodología de diseño y aplicación de modelos de evaluación representa un beneficio en cuanto a que.

- Simplifica, es decir precisa las implicaciones de las complejas relaciones, sin ambigüedad, mejorando la comprensión de la naturaleza de los problemas existentes en una comunidad, así como la de la intrincada red relacional de los mismos y esencia de su manifestaciones.
- Permite la racionalidad de la intervención dando pauta a la formulación de objetivos y estrategias útiles, viables y acordes con la problemática y la dinámica de una localidad o comunidad.

En este sentido, un modelo debe de ser preciso, conciso y coherente en cuanto a la exposición de la situación problemática y a la gama de acciones para incidir en la realidad. Es decir, el diseñador del modelo debe de cuidar la congruencia de las propuestas de intervención y lo detectado en la realidad, o sea, que se deben puntualizar las diversas relaciones directas e indirectas de la parte operativa del modelo.

Por lo antes mencionado a continuación se proponen las siguientes etapas para el diseño de un modelo de evaluación para los grupos de orientación.

I. PLANEACIÓN DE LA EVALUACIÓN: En esta etapa se delimitará el área que se quiere evaluar, se establecerán los límites, variables así como las interrelaciones que determinen la dinámica y comportamiento del proceso grupal. Por lo que se recomiendan los siguientes puntos:

a) DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS: En este punto se da la planeación de los objetivos por los cuales se pretende realizar la evaluación del grupo de orientación. Ya que se analizará hasta que punto el proceso grupal ha logrado fomentar la comunicación y la comprensión familiar en el tratamiento del menor. Así como su efectividad, pertinencia y eficiencia de la orientación familiar en grupos.

La determinación de los objetivos orientarán el proceso evaluativo de un grupo, lo que representa un elemento fundamental para precisar sus características.

b) MARCO DE REFERENCIA: El marco de referencia en la evaluación un instrumento conceptual metodológico que se construye con el propósito de dar un herramienta y consistencia a los principios de los que va a partir la evaluación, esto se construye con la consulta de documentos o información que se ha acumulado durante el proceso, su construcción va depender del campo de conocimiento en el que se trabaje, del adelanto técnico que tenga el evaluador.

c) DETERMINACIÓN DE LAS ÁREAS QUE SE PRETENDEN EVALUAR: Estas áreas que buscan evaluar son aquellos aspectos en que se pueden descomponer en un proceso grupal, de esta manera al evaluar todas sus áreas la evaluación es global; en cambio cuando se trata de algunos aspectos la evaluación es sectorial.

d) DETERMINACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS A

UTILIZAR: En este paso los instrumentos serán los necesarios para la realización del trabajo de evaluación, estos pueden ser creados teniendo presente que sean los adecuados para los objetivos de la evaluación, en el caso de esta investigación los instrumentos que se utilizaran son los que se van a proponer partiendo de que en el Servicio de Hospital de Día no existe ningún instrumento que pueda evaluar y recopilar información acerca del desarrollo grupal, solo existen los estudios de Trabajo Social.

Por lo que se sugiere que la selección de técnicas y diseños de instrumentos estén acorde a las características y condiciones de los individuos que estén inmersos en el proceso grupal y sobretodo dar énfasis a las variables e indicadores cualitativos.

II. DESCRIPCIÓN: En esta etapa se realizará una descripción del proceso en donde se dará una reseña cronológica a la forma en que se percibe el objetivo; es decir que es la reproducción de los acontecimientos observados durante el proceso, esto se dará a través de un esfuerzo intelectual, de recordar, auxiliándose de instrumentos tales como la crónica grupal, reportes, informes, cédulas etc.

Cuando se menciona el relato cronológico también debe entenderse que la descripción requiere un orden de tiempo en los acontecimientos, se sugiere que la descripción también se realice por niveles; ya que ello facilitará la integración de la información y evitará la dispersión de la misma, la repetición o que haya falsedad en aspectos como el tiempo, en técnicas e instrumentos empleados etc., los cuales pueden alterar el buen desarrollo de la descripción.

III. ANÁLISIS: En esta etapa se pretende realizar un análisis de la evaluación la cual va consistir en distinguir y separar las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios y elementos fundamentales. A través del análisis podrá determinar las causas que motivaron implementar estrategias de acción para poder buscar soluciones a una serie de problemas detectados.

Para llevar a cabo el desarrollo de esta etapa, es de gran utilidad que se haga uso de instrumentos como los informes, cuadros, fichas, etc., todo ello en coordinación de técnicas, como la entrevista, dinámicas grupales, etc.

El análisis debe servir para determinar de donde surge la problemática con la que se trabaja, por ello se menciona la necesidad de partir de un marco referencial.

Hay que entender al análisis como una etapa de descomposición, correlación y racionalización de todos aquellos elementos que sean motivo de estudio, auxiliándose para ello de los instrumentos mencionados con anterioridad.

IV. CONCLUSIONES: Dentro de los aspectos de conclusiones se debe realizar una vinculación objetiva entre la práctica de la realidad abordada en relación con su contexto. De la cual se puede fundamentar y desarrollar líneas de acción en un futuro en la zona de intervención basándose por ello en los resultados obtenidos en la etapa anterior de proceso de evaluación grupal.

Todo esto nos puede llevar a una sistematización donde nos puede proporcionar elementos de intervención a nivel grupal que permita modificar el desarrollo de los grupos de orientación.

Por lo que podemos concluir que la propuesta presenta estrategias fundamentales al rescate de los elementos esenciales de un proceso grupal, es decir la atención de problemas y necesidades prioritarios de la población atendida en los grupos de orientación familiar desde una perspectiva integral, teniendo como eje la participación y organización del evaluador.

Esto implica un proceso dual de conocimiento e intervención en donde el momento de indagación y explicación de las situaciones presentadas en el grupo de orientación familiar, así como su características psicosociales que presenta como finalidad de ser el fundamento para la atención a través de la evaluación grupal.

4.2 EJECUCIÓN DE LA EVALUACIÓN EN EL GRUPO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR QUE SE DESARROLLO EN EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA.

1. **PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:** Ante este marco los objetivos de la evaluación grupal se exponen a continuación:
 - Demostrar la necesidad e importancia de la evaluación del grupo de orientación familiar como apoyo al tratamiento del paciente.
 - Evaluar el impacto que tiene la asistencia de los padres en el grupo de orientación familiar en relación con el tratamiento del menor.
 - Analizar la evaluación que se realiza al grupo de orientación familiar, que se desarrolla en el Servicio de Hospital de Día.

2. **FORMULACIÓN DEL MARCO REFERENCIA:** El marco referencial, de esta evaluación, lo conforman los contenidos que anteceden a ésta investigación, en donde se están contemplando el desarrollo grupal, el proceso de evaluación grupal y la intervención de la familia en el tratamiento del menor.

3. **DETERMINACIÓN DE LAS ÁREAS DE EVALUACIÓN:** En la presente investigación de acuerdo a sus objetivos, contiene áreas de coherencia interna y externa. Dentro de la coherencia interna, se evaluara el desarrollo del proceso grupal: es decir, si se han alcanzado los objetivos planteados al inicio. Y dentro de la coherencia externa se medirán los resultados y la opinión de los beneficios que el grupo de orientación les dejó a los padres de familia que participaron en dicho proceso.

4. **DETERMINACIÓN DE RECURSOS:** Para llevar acabo esta evaluación, los recursos se dividen en humanos y materiales:
 5. **RECURSOS HUMANOS:** Esta evaluación esta a cargo de un pasante en la Licenciatura en Trabajo Social y lo apoyara la Licenciada en Trabajo Social encargada del Servicio de Hospital de Día.

 6. **RECURSOS MATERIALES:** Estos recursos serán cubiertos por la institución y el pasante en la Licenciatura en Trabajo Social, y comprenden: por un salón, sillas, material audiovisual, pizarron, papelería en general etc.

7. **DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GRUPAL DESARROLLADO EN EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA:**

Todo grupo es definido de acuerdo a sus funciones, naturaleza y propósito. En relación al grupo formado en el Servicio de Hospital de Día, sus funciones están encaminadas a orientar e informar acerca de las relaciones familiares en relación al padecimiento del menor. Esto con el fin de buscar un cambio en el ambiente familiar del paciente.

El grupo de orientación tuvo una duración de 10 sesiones, las cuales iniciaron en el mes de octubre de 1998, y concluyeron en el mes de enero de 1999. Estuvo integrado por 16 padres de familia cuyos hijos asistieron a los diferentes bloques de atención como el psicopedagógico, lenguaje y psicomotricidad.

El comportamiento que tuvieron los integrantes del grupo en las 10 sesiones se pudo observar que estos se mostraron renuentes a participar en las primeras sesiones esto se le atribuye a que se sentían desconfiados y temerosos, si lo hacían se mostraban agresivos y a la defensiva ya que demostraban cierto miedo a ser criticados por tener un hijo con trastornos en el aprendizaje. A partir de la cuarta sesión se puede mencionar que los miembros del grupo empezaron a tener confianza en ellos mismos demostrando en algunos casos identificación con los demás integrantes y que no son los únicos con este tipo de problemas. A partir de la quinta sesión y hasta la décima, se notó una integración total de los miembros del grupo en donde se apoyaban entre ellos, dando sus comentarios y sugerencias acerca de la problemática que se estuviera tratando.

El tipo de mensaje manifestado en el proceso grupal fue de expresar siempre los acuerdos y desacuerdos en las relaciones familiares y de pareja; procurando tener una comunicación clara y abierta; así como lograr que los miembros del grupo tuvieran cambios en su autoestima. Las expresiones corporales en la mayoría de los integrantes fue de aceptación y acuerdo; aunque también se observó expresiones de desacuerdo haciendo mención el por qué de ellos, por lo tanto la comunicación que se maneja en el grupo fue positiva, clara y directa.

En cuanto a los roles asumidos los participantes para llevar a cabo su interacción grupal, fueron establecidos en forma abierta, predominando los roles del informante quien relaciona siempre sus experiencias con el problema que se estuviera tratando en el grupo, el estimulador, siempre expresó comprensión y aceptación de otros puntos de vista; el oyente se identificó por su participación verbal demostrando sus actitudes por la

expresión corporal (gestual); el dominador destacó porque siempre interrumpió y acaparo la palabra durante la sesión, el tímido se identificó porque le costo trabajo expresar sus comentarios y por último el borrego quien no tiene su propio comentario y se rigió por los comentarios de los demás. La mayoría de los roles en forma general podrían referir al grupo como un proceso difícil de manejar por estas conductas son asumidas dependiendo del interés que cada uno de los participantes demostraron a lo largo del desarrollo grupal.

A este grupo de orientación se le puede considerar como un grupo primario, por las relaciones que se dan entre sus miembros, en donde existe una comparación, acercamiento relación cara a cara y el rol de cada persona el cual esta sujeto a la intervención, puede considerarse homogéneo por poseer una característica semejante, en este caso el ser padre que comparte la experiencia de tener un hijo con trastornos en el aprendizaje, puede considerarse preformado por el problema manejado, el proceso terapéutico de los pacientes.

El realizar una evaluación nos permitirá detectar el dinamismo que se dio en el grupo, las interacciones entre sus miembros, hacia donde se mueven y que intencionalidad tiene cada uno al integrarse al grupo, se puede detectar alguna patología que pudiese existir en el grupo como agresividad, apatía, falta de interés, frustración y al mismo tiempo detectar que miembros del grupo se muestran colaboradores para el cumplimiento del objetivo establecido en el grupo; sirviéndole de base la elaboración de crónicas grupales y la aplicación de instrumentos.

Ubicando este proceso en etapas de acuerdo a Kisman, se puede mencionar que en la primera etapa de formación se pudieron observar expectativas en cuanto a los intereses relacionados a la atención de los menores con trastornos del aprendizaje, en donde los integrantes buscan orientación, apoyo y el alcance de algunas de las necesidades básicas.

En la segunda etapa, la de conflicto se presentaron diferencias y confusiones, en el momento en que los integrantes del grupo se conocieron adquiriendo experiencias entre ellos mismos; en esta etapa se puede detectar que los miembros en forma voluntaria aportaron sus experiencias vividas a partir de que se enteraron que su hijo padece una alteración en su desarrollo, se observó que los mismos integrantes crearon un ambiente de autogestión y apoyo generando a partir de la existencia en la diferenciación de opiniones y de la expresión corporal de estos al lograr la exteriorización de tensiones.

En ese momento del proceso grupal el Trabajador Social como coordinador estuvo pendiente de lograr un control en dicha situación, esclareciendo cada uno de los puntos que provocaron el conflicto, con la finalidad de lograr un equipo grupal.

En la etapa de organización se observó un sentimiento de pertenencia, las expectativas del grupo se ajustaron teniendo una mayor organización y participación así como de cooperación, en esta etapa se dio una relación más estrecha entre los miembros; cuando el Trabajador Social detectó aquellos elementos del grupo que fueron útiles para el alcance de los objetivos se percató que en la etapa de organización su función como coordinador u orientador fue pasiva ya que los miembros no permitieron que el conductor interviniera constantemente en el desarrollo de las sesiones.

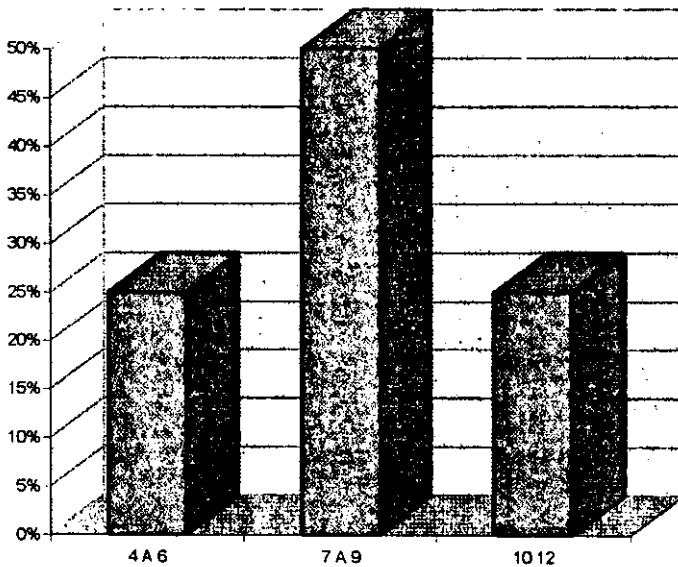
En la etapa de integración se llegó a una cohesión en el grupo, en donde se observó una integración, desde el momento en que los miembros establecieron una serie de relaciones afectivas así como la identificación de aquellas situaciones que están enfrentando y que se buscan superar dentro del grupo de orientación.

En la etapa de declinación marca el término o cierre del grupo en el cual se han cumplido los objetivos establecidos y las expectativas de sus miembros han sido satisfechas. Se aplicó un cuestionario con el fin de conocer la importancia que tiene la asistencia de los padres de familia

en relación con el tratamiento del menor así como sus expectativas. La declinación del grupo se da cuando se concluye el proceso grupal pues este estuvo conformado por diez sesiones una por semana.

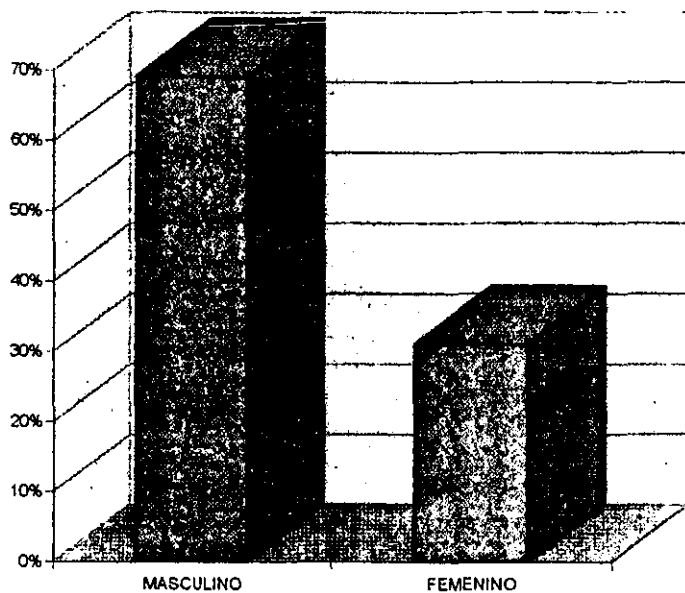
8. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

De las 16 personas que integraron al grupo: el 81% fue del sexo femenino y el 19% fue del sexo masculino. Al dar inicio el proceso grupal se aplicó una evaluación final con el fin de conocer aquellos aspectos que favorezcan o que interfieran en el tratamiento del niño, para conocer las relaciones familiares que se dan dentro del núcleo familiar. Y al término del proceso grupal se aplicó una evaluación final con la finalidad de conocer si el asistir al grupo les ayudó en cuanto al tratamiento del menor, es decir la comprensión y aceptación de tener un hijo con alteraciones en el desarrollo, así como el de conocer sus opiniones sobre los coordinadores; estos resultados se presentan a continuación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL**EDAD DE LOS PACIENTES
GRAFICA N°. 1**

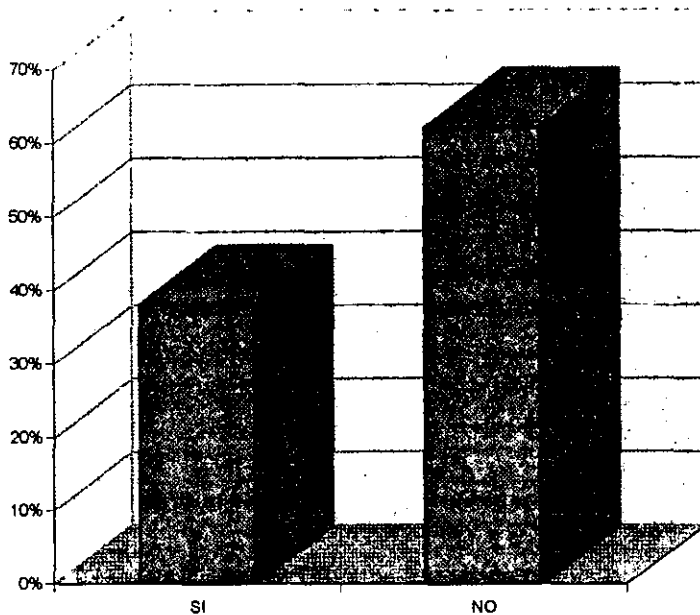
En esta primera gráfica nos permite observar la edad que los pacientes asisten al Servicio de Hospital de Día, teniendo que le 50% corresponde al rango de 7 a 9 años de edad esto nos indica que la presencia de los trastornos en el aprendizaje son notorios en esta edad.

SEXO DE LOS PACIENTES
GRAFICA N° 2



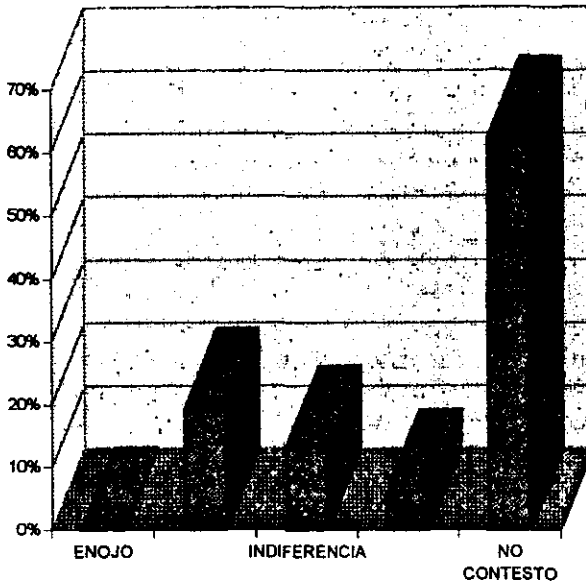
Es notorio observar que el mayor porcentaje de la población que se atiende en Hospital de Día son del sexo masculino. Se puede hipotetizar que el varón es más vulnerable para presentar un trastorno del aprendizaje.

GRÁFICA N°. 3
REPROBACIÓN ESCOLAR EN LOS MENORES



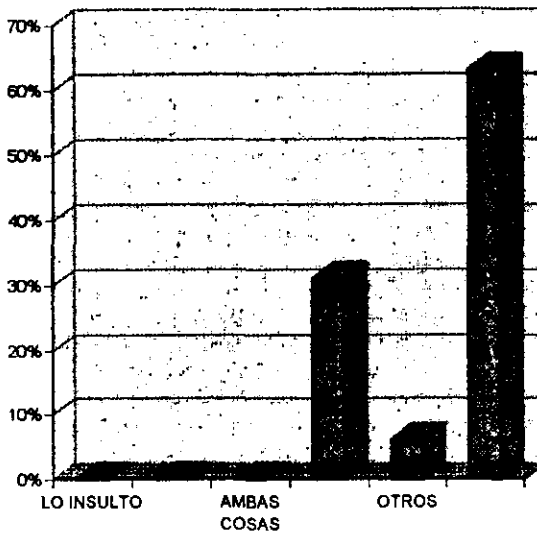
Un 40%, de los menores han sido repetidores de año, sería interesante investigar si el menor fue valorado oportunamente en sus áreas de desarrollo para evitar que esto sucediera, o si después de ingresar al hospital aún continuar repitiendo los ciclos escolares.

GRÁFICA N.º 4
REACCIÓN DE LOS PADRES CUANDO SE ENTERARON
QUE SU HIJO REPROBÓ ALGÚN CICLO ESCOLAR



Es importante observar la reacción de los padres que asumieron al enterarse de que sus hijos no fueron promovidos, no contestaron el 60% es probable que no hayan tenido algún espacio en el que reflexionaran sobre este tema, la noticia significa vergüenza para los padres.

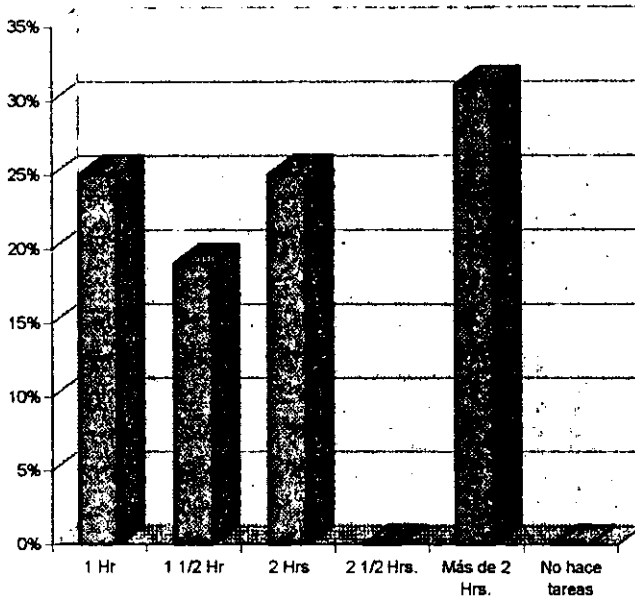
GRÁFICA N°. 5
ACTITUD QUE LOS PADRES ASUMIERON CUANDO
SE ENTERARON QUE SU HIJO REPROBÓ UN AÑO
ESCOLAR



Las relaciones de los padres hacia los hijos ante una situación difícil ha variado en virtud de que se dedican en un 30%, de ellos a explicar el significado de reprobado algún año escolar, y no utilizaron la agresión (insulto, golpes o ambos).

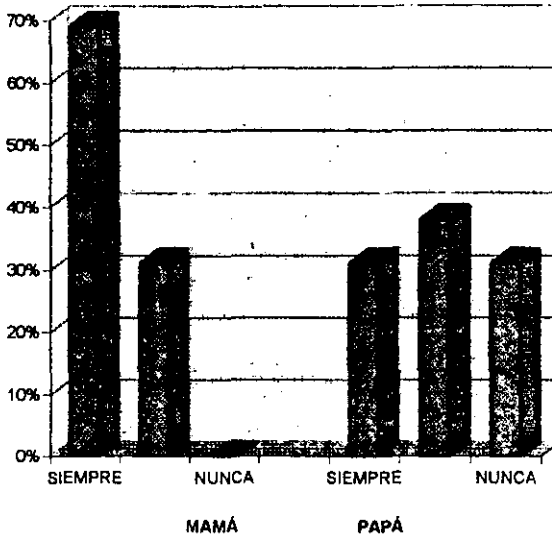
Se puede pensar que la orientación familiar ha sido de ayuda para haber tomado otra actitud por lo que habría que reforzar el tema en nuevos proyectos de orientación.

GRÁFICA Nº. 6.
TIEMPO QUE EL NIÑO DEDICA EN REALIZAR SUS
TAREAS ESCOLARES



Uno de los primeros problemas que expresan las madres en los grupos, es la dificultad para que los menores realicen su tarea a iniciativa propia, solo bajo presión la llevan a cabo pero con un promedio de 2 o más horas independientemente de la cantidad o la calidad de tareas que se les asigne, como se observa en la gráfica es sabido que pedagógicamente no es recomendable exceder del tiempo académico en una actitud escolar ya que el aprovechamiento no cumple su función.

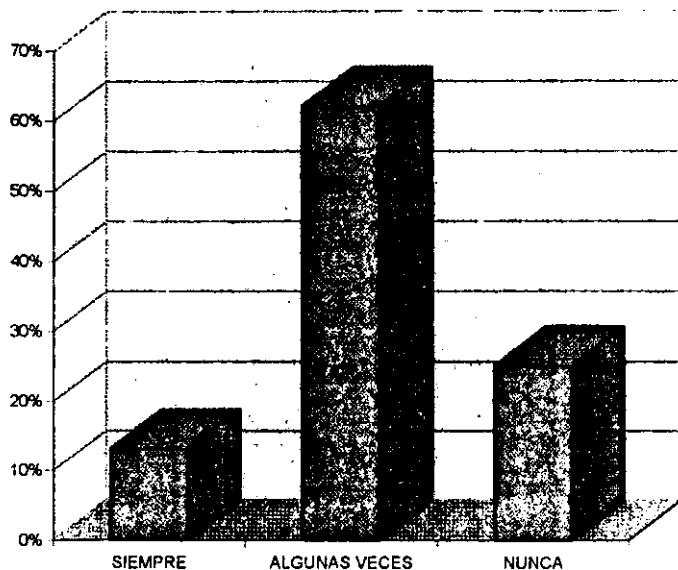
GRÁFICA Nº. 7
INTERVENCIÓN DE LOS PADRES EN LAS TAREAS
ESCOLARES DE SUS HIJOS



La participación de los padres en la revisión de tareas y actividades escolares es una de las funciones principales que los responsables del menor ejercen con regularidad como se observa en la gráfica; en un 69% lo realiza la madre y en un 38% algunas veces los padres.

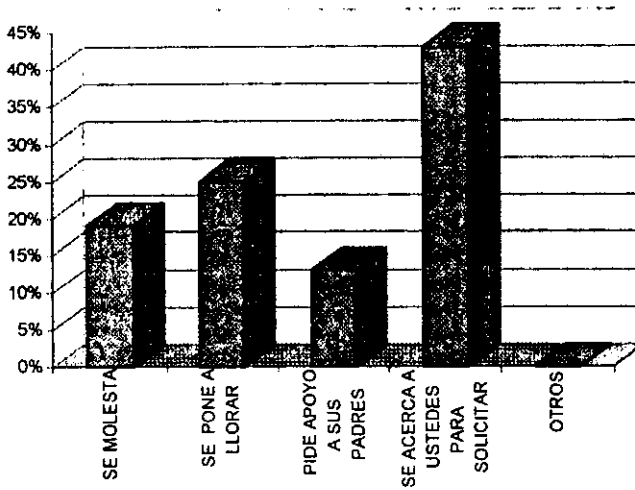
Tradicionalmente la madre esta en el hogar y asume la responsabilidad de revisar las tareas escolares. Implementar algunas técnicas para que los padres se alternen a dicho trabajo con menor dificultad será un tema de sumo interés para tratar en los grupos de orientación

GRÁFICA N° 8
PREMIACIÓN DEL NIÑO CUANDO TERMINA SUS TAREAS ESCOLARES



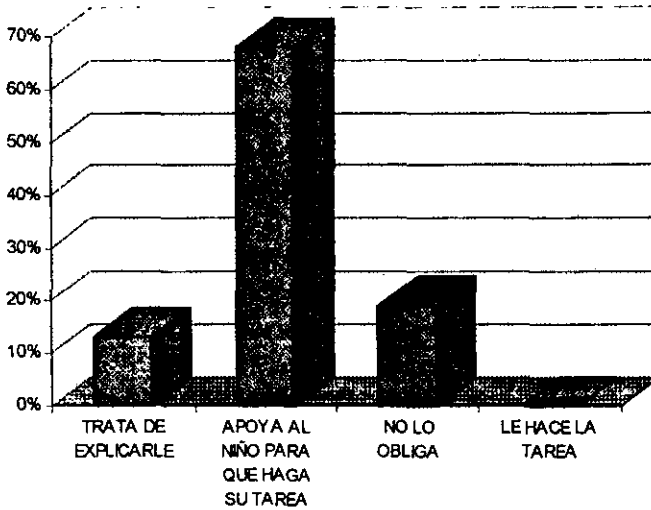
Una de las alternativas que implementan los padres para estimular a sus hijos una vez que concluyen las tareas escolares es el premiarlos en un 62% solo lo hacen algunas veces aproximadamente. Habría que investigar si esto ha dado resultado o si se continua con dificultades para realizar las tareas.

GRÁFICA N.º 9
ACTITUD QUE ASUME EL NIÑO CUANDO NO PUEDE REALIZAR SUS TAREAS ESCOLARES



Resaltando que en un 43% de los escolares piden ayuda a los padres para ejecutar sus tareas el 25% llora porque no puede realizar su tarea y un 18% se molesta al hacerlas. En resumen se observó que más del 80% de los menores tienen cierta dificultad para realizar sus tareas, como un indicador de que presentan problemas en el aprendizaje.

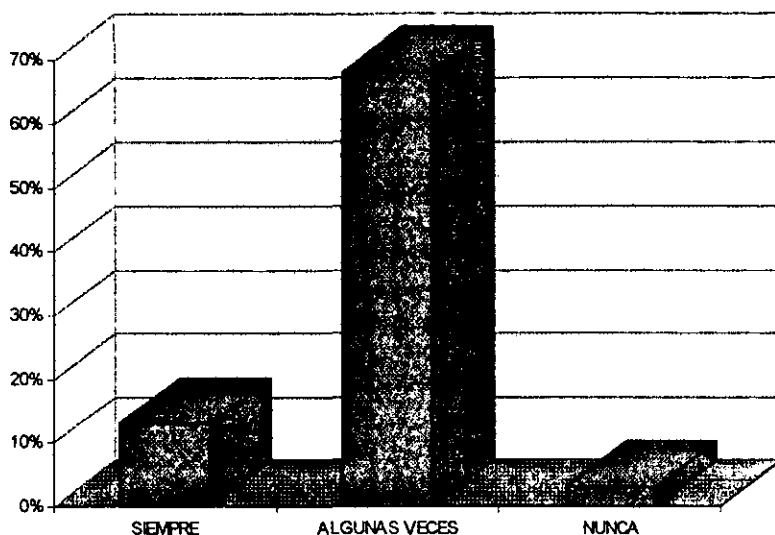
GRÁFICA N° 10
ACTITUD QUE LOS PADRES ASUMEN CUANDO SU HIJO NO PUEDE
REALIZAR SUS TAREAS ESCOLARES



En consecuencia de la gráfica anterior, la actitud de los padres es positiva mostrando que en un 68% responden a la demanda de ayudar a sus hijos para realizar la tarea.

Cabe agregar que el sentir de los padres es de preocupación y una de las formas para tranquilizarse es el de colaborar con sus hijos en este rubro.

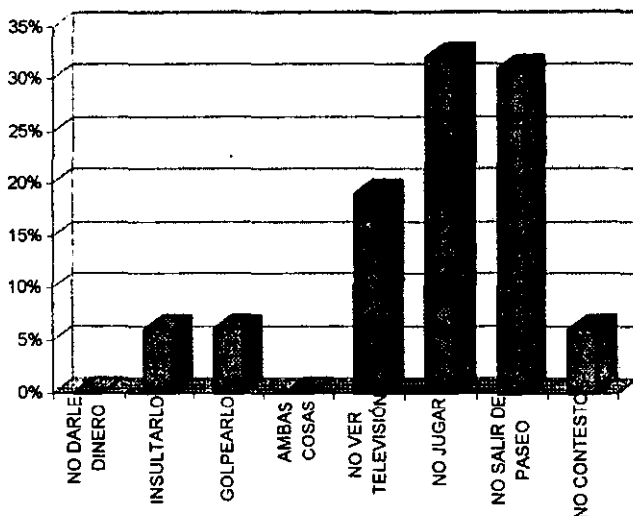
GRÁFICA N.º 11
ESTABLECIMIENTO DE CASTIGOS POR NO REALIZAR TAREAS
ESCOLARES



Los castigos aún continúan siendo un método tradicional pues en un 68% los padres los aplican, principalmente en lo relacionado con las tareas.

Esto es doblemente difícil de manejar por el niño ya que se preocupa con los castigos, aumentando la dificultad para realizar las tareas en los menores con problemas de aprendizaje.

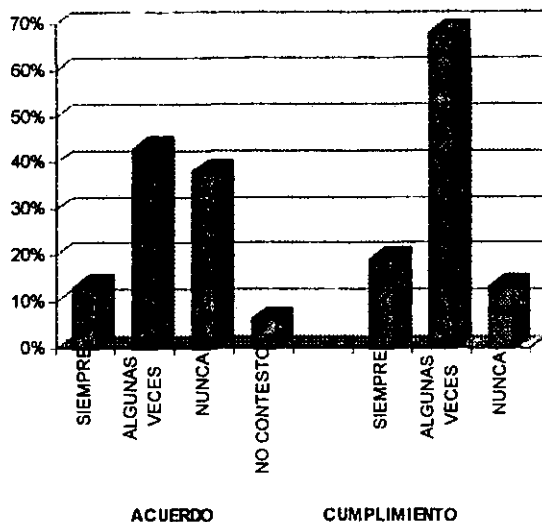
GRÁFICA Nº. 12
CASTIGOS QUE SE LE IMPONEN AL NIÑO POR NO REALIZAR SUS TAREAS ESCOLARES



El tipo de castigos que los padres implementan son claros y precisos pues el 35% refiere el no permitir el juego y el 30% no autorizan las salidas de paseo, un 18% no permiten ver la televisión y un 10% golpea y maltrata al menor.

Sin embargo cabría hacer una reflexión respecto a que los niños con problemas de aprendizaje regularmente presentan una autoestima muy baja por lo que es conveniente valorar el tipo y calidad del castigo que ameritan recibir.

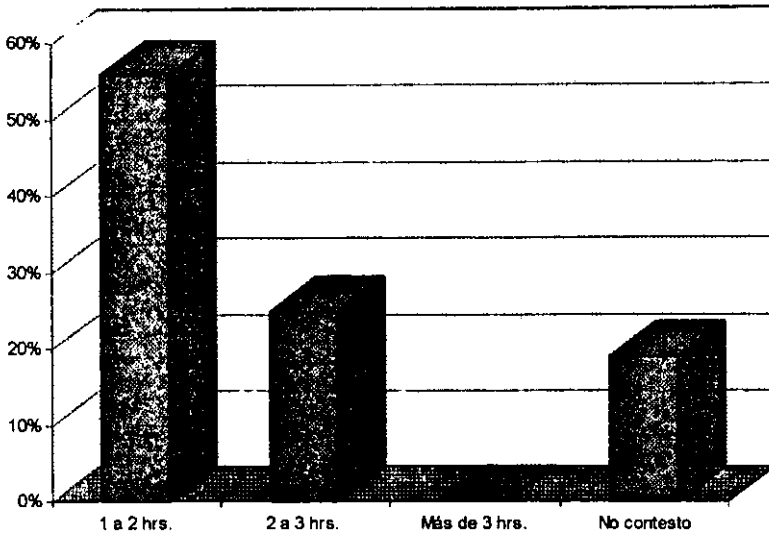
GRÁFICA N.º 13
ACUERDO Y CUMPLIMIENTO DE CASTIGOS PARA EL MENOR



El acuerdo entre los padres es importante para el manejo de los castigos, de otra manera el menor se confunde y distorsiona la figura de autoridad necesaria para su desarrollo psicosocial.

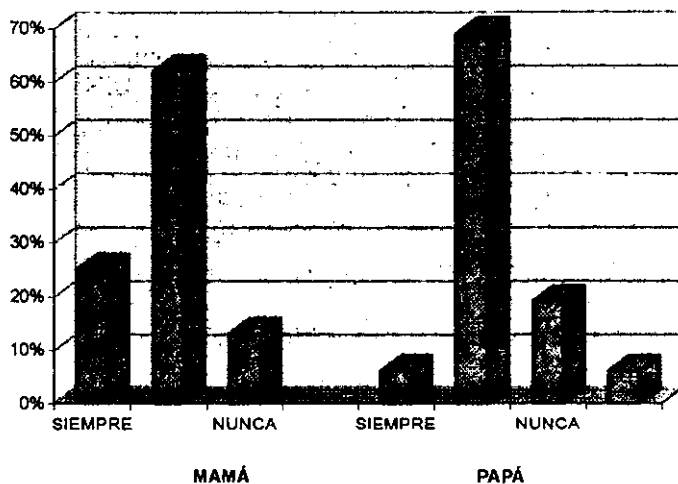
El 68% solo acuerda y cumple algunas veces los castigos. Esto nos indica que no hay constancia.

GRÁFICA Nº. 14
TIEMPO QUE EL NIÑO DEDICA PARA JUGAR



En esta gráfica se puede observar el tiempo que el niño dedica para jugar, el 56% le dedica de 1 a 2 horas diarias para jugar, y el 25% contestó que juegan de 2 a 3 horas. Valorar el tiempo de juegos que realicen los menores con problemas de aprendizaje ayudaría a estimular alguna de las áreas en las que aún les es necesario reforzar como son la memoria, psicomotricidad, lenguaje, entre otros.

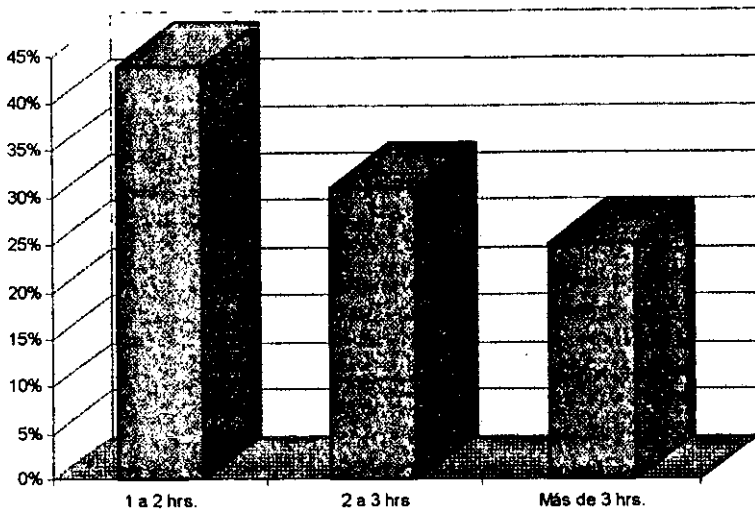
GRÁFICA N.º 15
INTERVENCIÓN DE LOS PADRES EN LOS JUEGOS DE SUS HIJOS



Esta gráfica representa la intervención de los padres en los juegos del niño, nos indica que en el caso de las madres el 62% solo algunas veces juegan con su hijo, el caso de los papás el 69% en algunas ocasiones juegan con el niño.

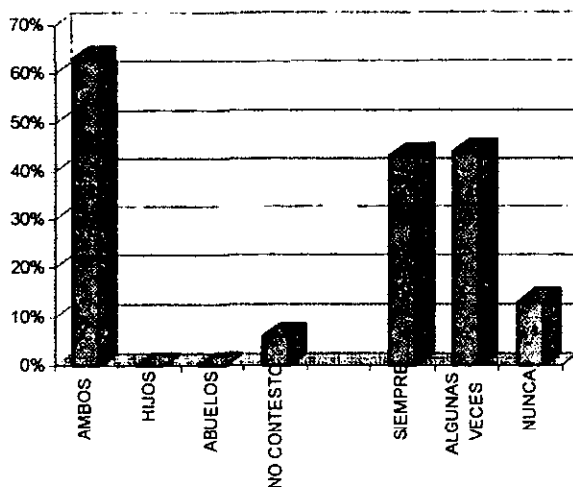
Para el niño es muy importante el hecho de que los padres participen en su juego, esto genera seguridad y aprendizaje y mejora la relación interpersonal.

GRÁFICA Nº. 16
TIEMPO QUE EL NIÑO VE TELEVISIÓN



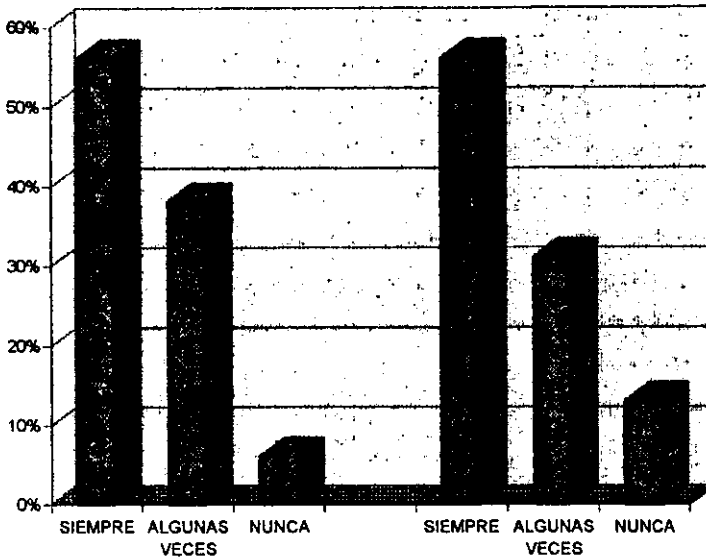
Se puede observar que el 44% ven televisión de 1 a 2 horas, de 2 a 3 es el 31% y el 25% ven televisión más de 3 horas. Se dice que la televisión es la niñera más cotizada del mundo. Sin embargo el efecto subliminal principalmente en los niños ha sido criticado ya que limita la creatividad e iniciativa del menor. Los padres deben conocer los pros y contras de ellos y comentarlos con los niños.

GRÁFICA N.º 17
ESTABLECIMIENTO DE AUTORIDAD Y EL CUMPLIMIENTO DE ESTA



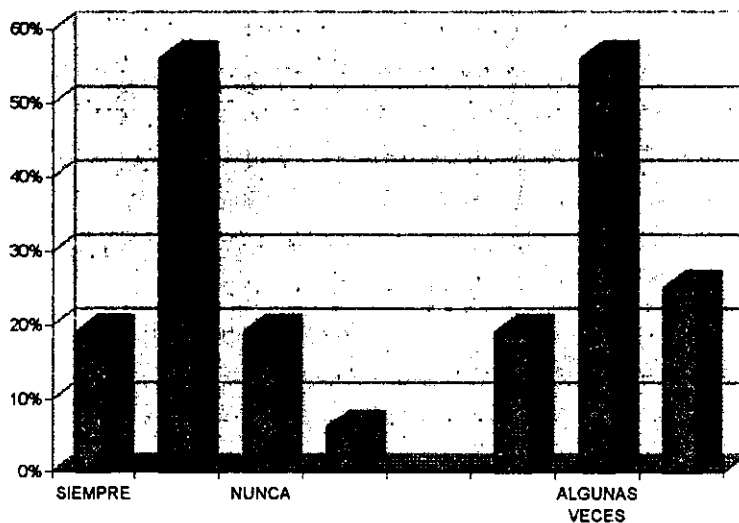
Se observa que el más del 63% la autoridad la ejercen ambos padres, y el 44% refirió que algunas veces se cumplen las reglas establecidas, esto indica que el tipo de autoridad ejercida es flexible en algunos casos y en otros es rígida ya que se cumplen en un 43%. Es notorio que los padres tengan claro lo que es el rol de autoridad y esto es algo que para el niño es elemental.

GRÁFICA N°. 18
ACERCAMIENTO ENTRE PADRE E HIJO



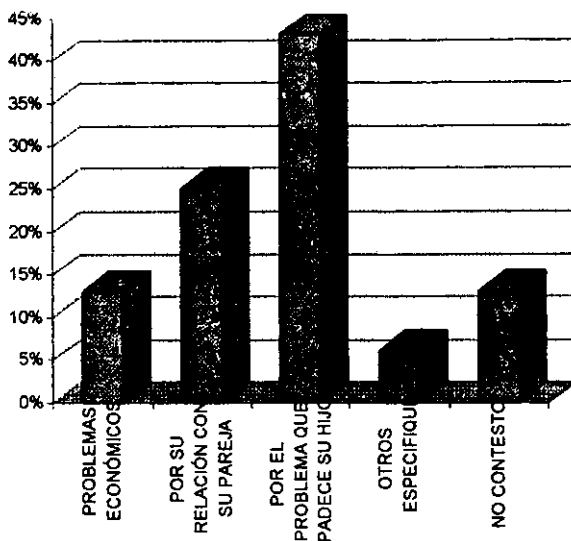
La comunicación entre padres e hijo se da en un 56%. El hecho de que los padres no convivan con el paciente la mayor parte del día permite que el poco tiempo que conviven dialoguen sobre aspectos cotidianos y esto permite sentir cercanía entre ellos.

GRÁFICA N.º 19
FRECUENCIA EN LA QUE LOS PADRES DISCUTEN ENFRENTA DE
LOS HIJOS



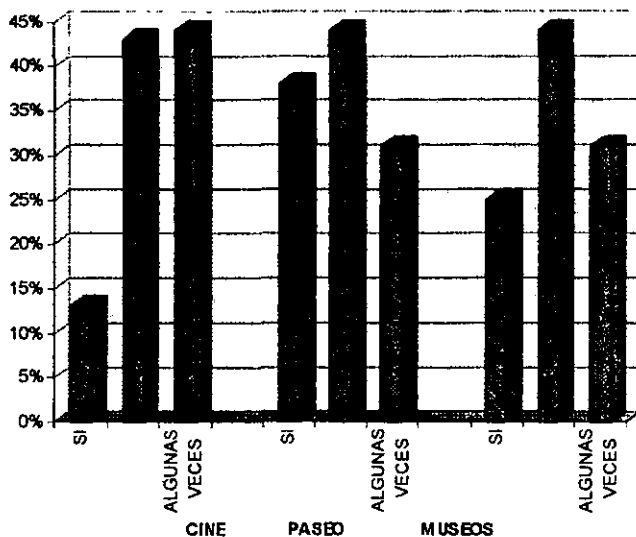
Es importante que en un 56% de las parejas discuten, y en este mismo porcentaje lo hacen frente a los hijos. Dicha situación limita la menor para concentrarse en sus tareas así como en otros aspectos de tipo emocional.

GRÁFICA Nº. 20
MOTIVO POR EL CUAL LOS PADRES DISCUTEN



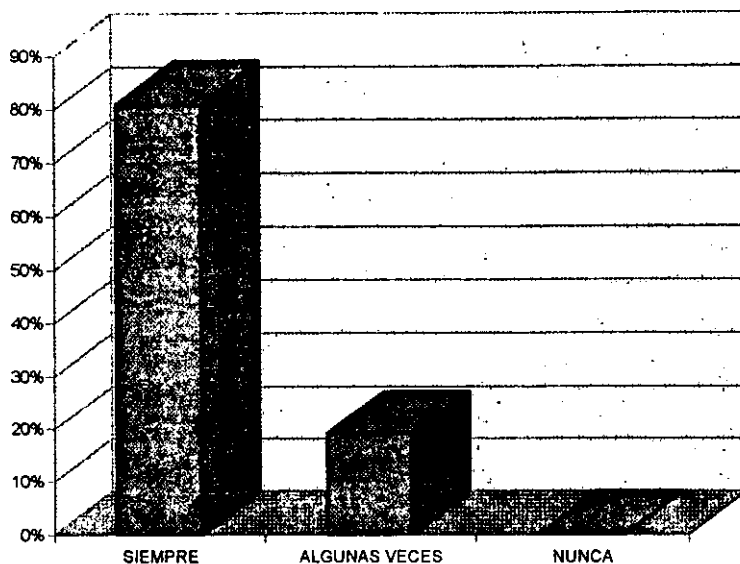
Los motivos más frecuentes por los que discuten las parejas son por problemas de ellos en un 25% y en un 43% por los trastornos de aprendizaje que presentan sus hijos. Se puede deducir por la discusión grulla que la culpa impide aceptar la existencia de dichos problemas razón por la que de no ser aclarados el paciente aumenta su culpa y su dificultad para aprender.

**GRÁFICA N.º 21
RECREACIÓN**



La recreación en la familia es de vital importancia, ya que es un espacio en donde se puede integrar la familia. En esta gráfica, se puede observar que el 44% solo algunas veces acuden al cine, en un 81% los padres contestaron que acostumbran realizar visitas a los museos, el 43% no salen de paseo a otras ciudades esto es por la situación económica ya que la mayoría de las familias que asisten al hospital son de escasos recursos. Sin embargo estas actividades estimulan al niño y reforzar los conocimientos.

GRÁFICA Nº. 22
APOYO DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO PARA QUE ESTE
TENGA UN BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR

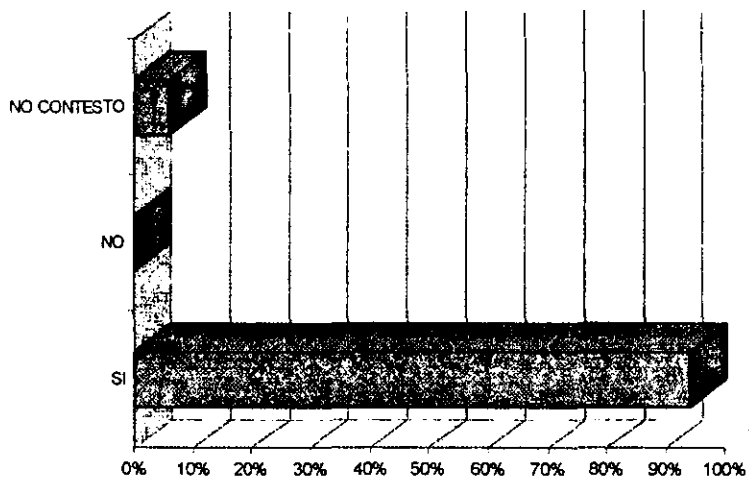


En esta gráfica se puede observar que el 81% de los padres contestaron que siempre apoyan a su hijo para que tenga un buen desempeño en la escuela.

Sin embargo en los casos de los niños con algún trastorno de aprendizaje no solo se requiere de apoyo si de mucha paciencia, constancia y comprensión sobre la problemática de cada menor así también es importante que cada menor conozca su situación para evitar su rechazo a la escuela.

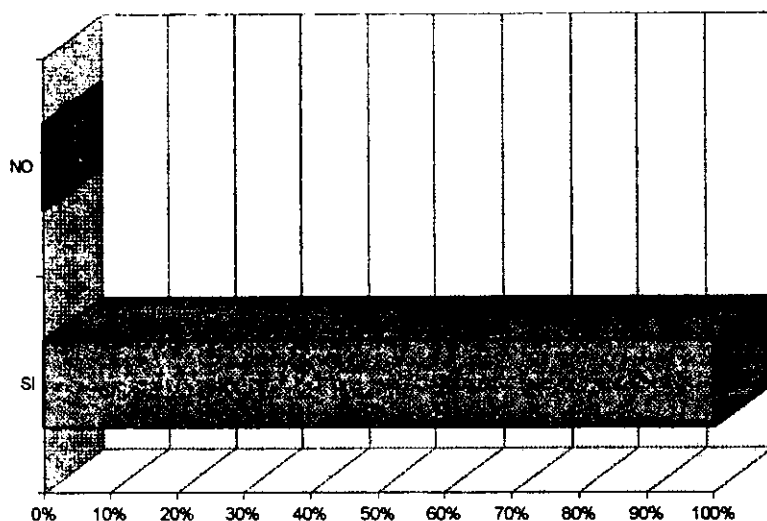
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

GRÁFICA N.º 23
EL GRUPO LE AYUDÓ A CONOCER MÁS SOBRE EL PADECIMIENTO
DE SU HIJO



En esta gráfica podemos observar que el 94% de los padres evaluados en el grupo de orientación contestaron que el grupo si les ayudó a conocer sobre el padecimiento de su hijo. Esto coadyuvaría a obtener resultados más productivos respecto a la autoestima del menor y a su vez a su rendimiento académico y el ambiente familiar.

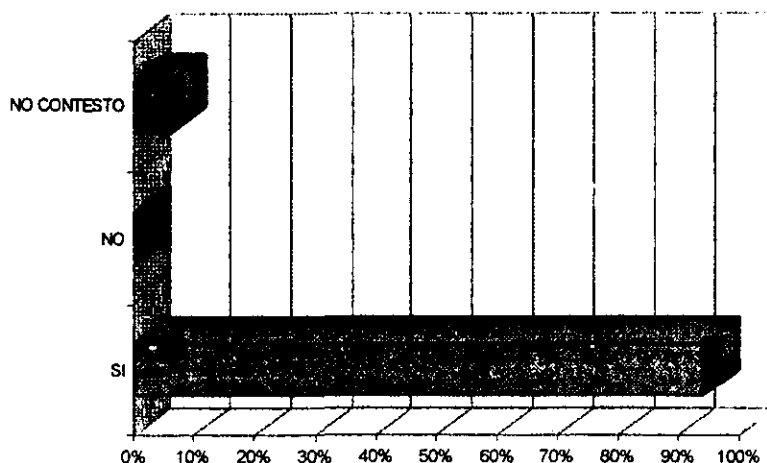
GRÁFICA N.º 24
EL GRUPO LE AYUDÓ A COMPRENDER Y A ENTENDER A SU HIJO



En este rubro se puede observar que en su totalidad los padres contestaron que el haber asistido al grupo de orientación si les ayudo a comprender y a entender a su hijo, a lo que comenta una de las integrantes del grupo "más que comprender a mi hija que asiste a terapia me ha enseñado a como educar a mis hijos".

* Información retomada de las crónicas grupales.

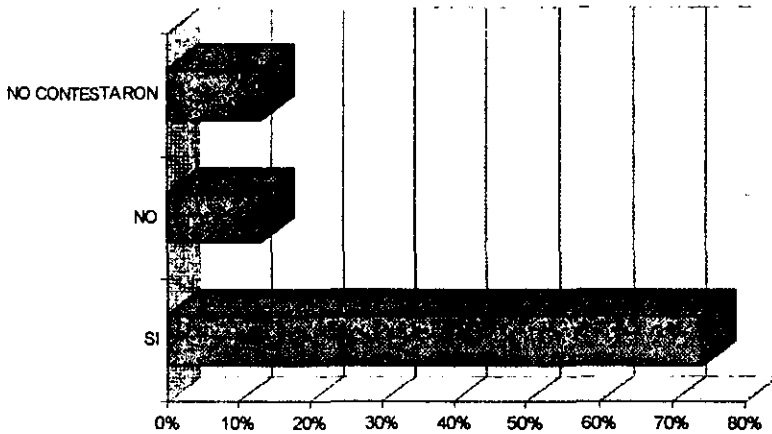
GRÁFICA N.º 25
CONSIDERA QUE SU PAREJA DEBE DE ASISTIR AL GRUPO DE
ORIENTACIÓN



En la presente gráfica podemos observar que el 94% consideran de gran importancia que su pareja asistiera a los grupos de orientación familiar, esto nos indica que si ambos asistieran a un proceso grupal como este, los conflictos disminuirán y habría más acercamiento entre padres e hijos, entre la misma pareja ya que es común que uno de los padres delegue su responsabilidad, más cuando uno de los hijos padece alguna alteración en su desarrollo.

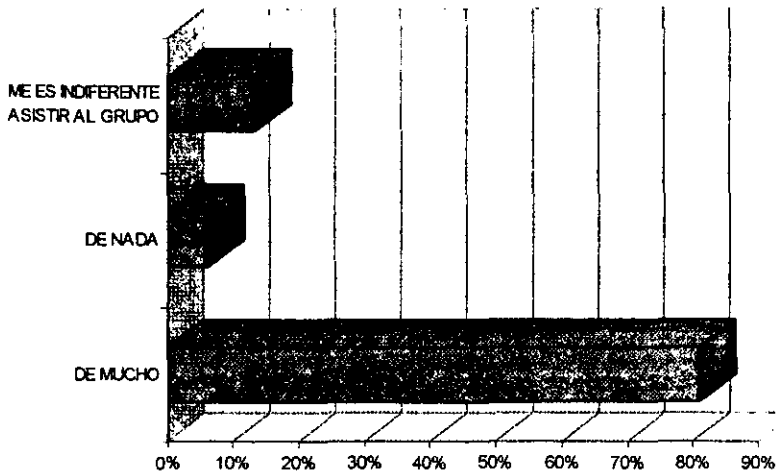
Se puede considerar este aspecto para que en lo consecutivo sea un requisito de ingreso a los grupos de orientación con el propósito de que la pareja inicie una responsabilidad compartida.

GRÁFICA N.º 26
EL ASISTIR AL GRUPO DE ORIENTACIÓN PUDO IDENTIFICAR
ALGUNOS CONFLICTOS CON SU PAREJA



Un 74% contestó que dentro del grupo identificación diversos conflictos en relación con su pareja. Esto es un buen principio para lograr cambios en la familia por lo que el tema de pareja es básico en los grupos de orientación.

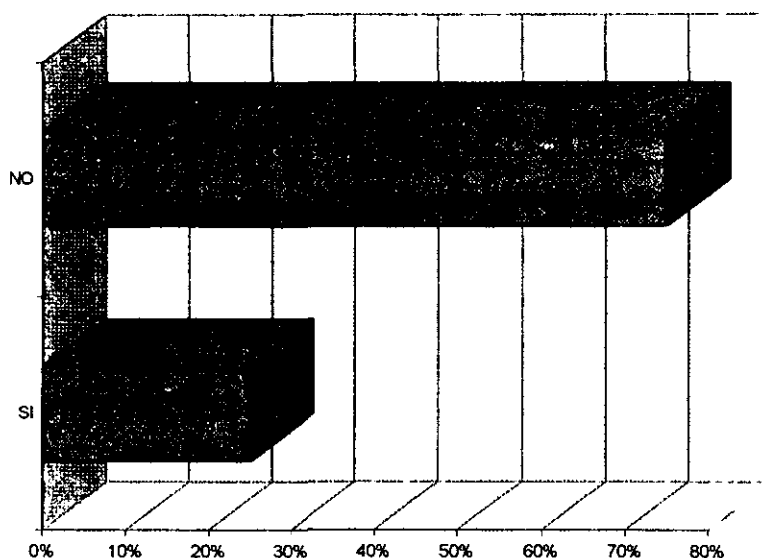
GRÁFICA N°. 27
EL ASISTIR AL GRUPO LE FUE DE UTILIDAD



Este rubro nos permite observar que tan útil es para los padres de familia el asistir al grupo de orientación ya que el 81% contestaron que ha sido de gran utilidad porque han aprendido a tratar a sus hijos y a relacionarse con su pareja.

Por lo anterior es elemental incluir a la mayoría de los padres en los grupos de orientación porque esto permitirá ir evaluando avances significativos en el tratamiento del paciente.

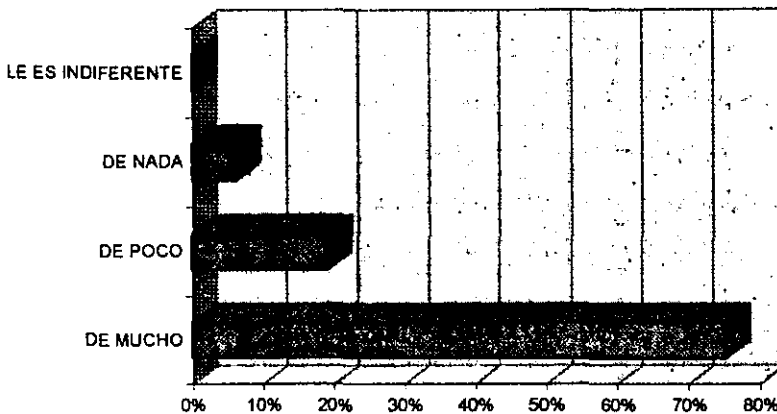
GRÁFICA N° 28
SE SINTIÓ OBLIGADO A ASISTIR AL GRUPO DE ORIENTACIÓN



En esta gráfica se puede observar que el 75% de los integrantes no se sintieron obligados para asistir al grupo de orientación familiar, esto nos indica que los padres de familia demostraron disponibilidad e interés por ingresar al proceso de orientación con el fin de buscar alternativas para poder entender el padecimiento de su hijo. El otro 25% contestaron que si se sintieron obligados ya que "pensaban que el asistir al grupo de orientación era perder el tiempo pero después se dieron cuenta de que es de gran ayuda y se han interesado por asistir".

* Información retomada de las crónicas grupales.

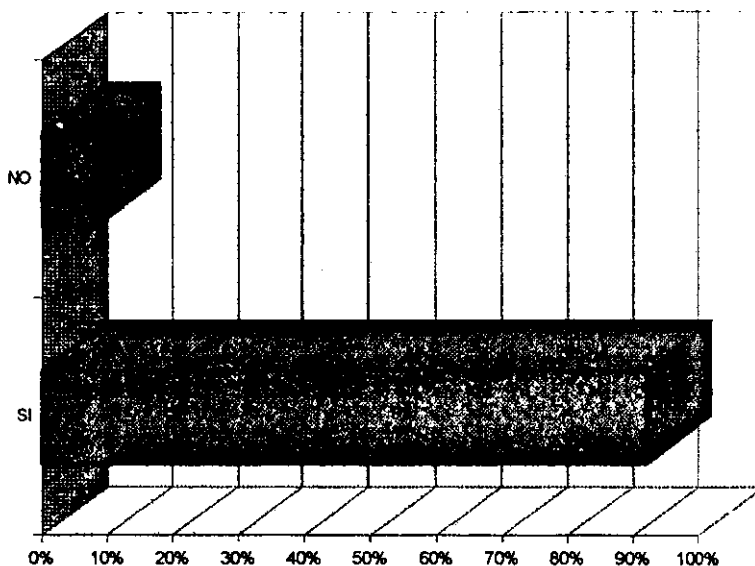
GRÁFICA N°. 29
EL ASISTIR AL GRUPO DE ORIENTACIÓN CONTRIBUYÓ AL
TRATAMIENTO DE SU HIJO



El 75% de los padres que asistieron al grupo de orientación contestaron que el asistir al grupo si contribuye para apoyar al tratamiento del menor ya que se comprende que tan importante es la terapia y las consultas médicas; el 19% contestó que de poco les sirvió el asistir al grupo ya que no observaron alguna mejoría en sus hijos durante el proceso grupal, el 6% comentó que de nada sirvió que asistieran a las reuniones de orientación ya que no notaron ningún cambio en su hijo. El cambio de actitudes es un proceso a largo y al mismo es difícil de observar.

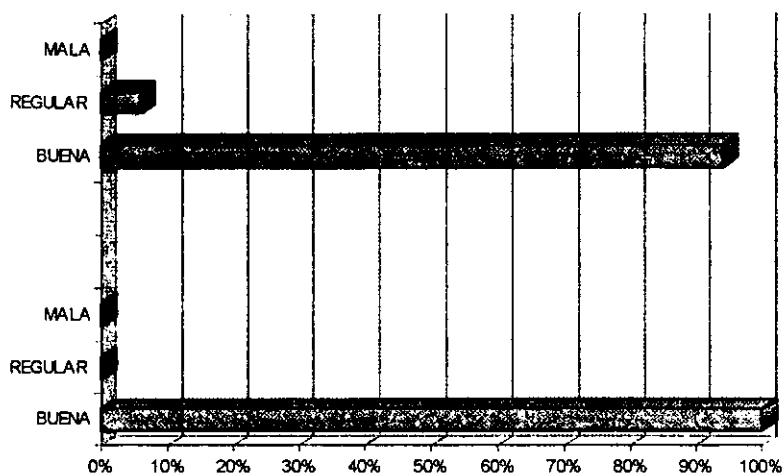
GRÁFICA Nº. 30

EL GRUPO DE ORIENTACIÓN LE PERMITIÓ ACLARAR SUS DUDAS



El 92% refirieron haber obtenido respuesta a algunas dudas. Es significativo que el grupo permite retroalimentar no solo dudas sino experiencias que pasaban desapercibidas en cuanto al manejo de los menores con problemas de aprendizaje, como lo expresaron algunas de las personas del grupo.

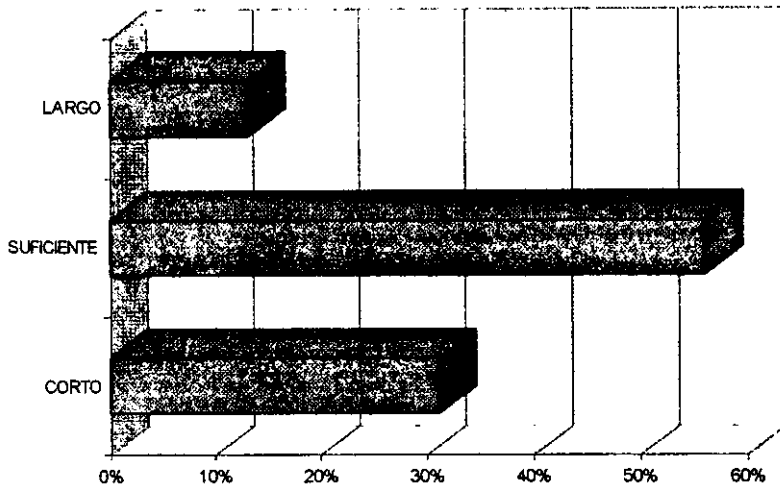
GRÁFICA Nº. 31
OPINIÓN DE LOS PADRES EN RELACIÓN AL TRABAJO DEL
COORDINADOR



En esta gráfica se puede apreciar la opinión que los padres de familia tienen hacia el trabajo de los coordinadores, el 100% contestó que la exposición del coordinador fue buena. En relación al manejo de la dinámica del grupo el 94% contestaron que fue buena.

Es importante que la exposición y el manejo de los grupos sean acordes a las necesidades y expectativas del grupo con el objeto de que el proceso grupal propicie cambios en los asistentes.

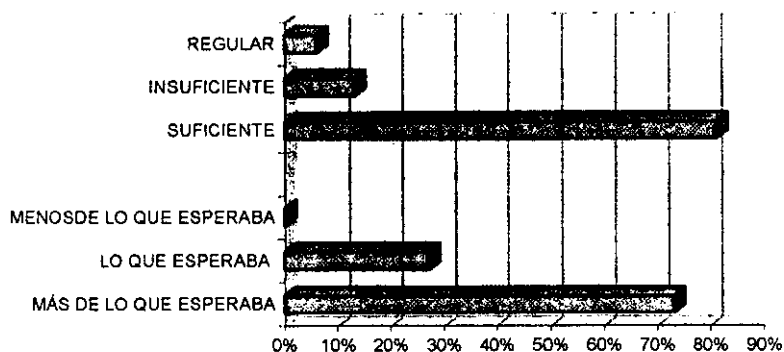
GRÁFICA N.º 32
OPINIÓN DE LOS PADRES EN RELACIÓN AL TIEMPO EN QUE SE
DESARROLLARON LAS SESIONES GRUPALES



El 56% de los evaluados contestaron que el tiempo de las sesiones grupales fue el suficiente ya que el tiempo que se utiliza en cada una de ellas es de 60 a 90 minutos aproximadamente. El 13% se hizo largo y tedioso esto por que la participación es muy poca y por lo tanto aburrida; el 31% consideraron que el tiempo destinado a las sesiones grupales es corto y por lo cual no alcanza a concluir bien la sesión.

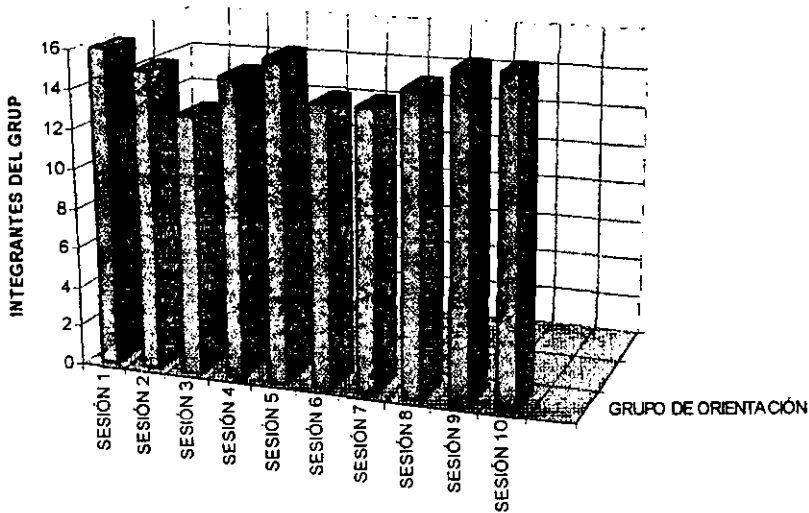
Al respecto del tiempo es importante y necesario para lograr los objetivos de cualquier proceso grupal. Para evitar la inasistencia a los grupos es sugerible continuar con las sesiones en el horario que los menores acuden a su terapias como en este grupo se realizo.

GRÁFICA N.º 33
CONTENIDOS Y EXPECTATIVAS HACIA EL GRUPO DE
ORIENTACIÓN



El 75% de los integrantes recibieron más de lo que esperaban y un 80% consideró que el contenido fue suficiente. Cabe resaltar que el programa del grupo sí responde a las expectativas al igual que los contenidos. Lo que facilitaría agregar es una pre y post evaluación del grupo que permita medir cambios cuali y cuantitativos en un lapso no mayor de 12 meses dadas las características del menor con problemas del aprendizaje.

GRÁFICA N° 34
ASISTENCIA GRUPAL



En relación a la asistencia esta de dio en un 80 y 100% por sesión, se manejaron 10 reuniones grupales en las cuales se tuvo una inasistencia del 10 y 20% por sesión.

La asistencia es un indicador de interés y disposición al cambio, por lo que es necesario llevar un control al respecto. Esto permitirá medir en un futuro cualquier variable de interés para el profesional en este campo.

CONCLUSIONES

La familia es considerada como el primer ámbito de formación y de socialización del menor, en donde se le proporciona cuidado, protección y educación, aspectos importantes para el desarrollo físico y emocional.

Este apoyo se puede notar fácilmente cuando la familia tiene un funcionamiento aceptable, es decir existen acuerdos entre los padres para el establecimientos de normas y límites, la comunicación que prevalece es clara y entendible. Pero si la familia no funciona como tal y existen constantes agresiones físicas y emocionales, el niño se va a sentir confuso en el establecimiento de normas y límites, ya que con frecuencia obstaculiza la educación de los hijos no hay entendimiento y la comunicación es incongruentes.

En el caso de aquellos niños con trastornos en el aprendizaje estos factores se presentan de acuerdo a las características de cada familia. Si la familia es funcional el apoyo hacia el niño va hacer favorable, ya que los padres van a buscar los medios para que su hijo tenga una rehabilitación progresiva. Pero si la familia es disfuncional es común observar que con frecuencia se da la violencia intra familiar existiendo pocas posibilidades que el menor reciba una rehabilitación esto por que los padres no aceptan tener un hijo con trastornos en el aprendizaje.

Cuando este tipo de problemas se agudizan, los padres aún no convencidos se ven en la necesidad en salir a buscar ayuda profesional, es cuando acuden al Servicio de Hospital de Día, el cual brinda una atención interdisciplinaria destacando la labor del Trabajador Social quien es responsable de brindar orientación grulla con el fin de involucrar

a la familia en el tratamiento del menor ya que en ocasiones la familia va a fingir como terapeuta en casa.

De ahí que la formación de grupos es un espacio en donde los padres van a desahogar sus molestias y sus sentir de tener un hijo con alteraciones en su desarrollo ya que es común que se presenten algunos problemas en la relación familiar y en especial con la pareja, generándose también conflictos económicos estos por las frecuentes terapias que el niño recibe.

La formación de grupos de orientación con padres cuyos hijos padecen un trastorno en el aprendizaje es un espacio en donde se busca identificar aquellos factores que interfieren en el tratamiento del menor como son: la no aceptación hacia el paciente, el sentimiento de culpa hacia los padres o hacia algunos de ellos o de propio menor, así como aquellos conflictos existentes en la relación de pareja los cuales son atribuidos hacia el hijo que padece algún trastorno en el aprendizaje.

En el proceso grupal se busca que ambos padres o el que asiste al grupo comprenden por que su hijo padece este trastorno así como el propiciar un acercamiento entre madre-hijo, padre-hijo, ambos padres-hijo; buscando así el poder brindar un apoyo hacia el paciente así como la incorporación de una comunicación abierta y clara en la relaciones familiares, generando simultáneamente una confianza en el núcleo familiar, lográndose una expresión de inquietudes.

En el grupo de orientación se logró establecer una ruptura a ciertos mitos establecidos hacia los problemas del aprendizaje que presenta el niño, considerando a este como un problema social ya que no son los únicos que están enfrentando una situación como esta.

Esto no indica que la asistencia de los padres al grupo de orientación les permitió visualizar que tan importante es la familia en la rehabilitación y reinserción del menor en su ambiente familiar, el apoyo

que los padres brindan se refleja en los comentarios realizados durante el desarrollo del grupo. En donde mencionaron "gracias a que asistimos al grupo aprendimos a como controlar y apoyar a nuestro hijo, también nos permitió comprender que el proceso de rehabilitación de nuestros hijos es largo y debemos tener calma hacia ellos". "En el grupo aprendimos que es necesario tener un acercamiento entre la familia y en especial en relación a la pareja esto si queremos que nuestro hijo se sienta apoyado".

Por lo antes mencionado podemos decir que en este primer intento de evaluación grupal nos permitió observar los diferentes cambios en los padres de familia así como el nivel de reflexión al que llegaron ya que muchos de ellos manifestaron que el grupo si contribuye al tratamiento del niño con trastornos del aprendizaje, y "nos enseñan muchas cosas sobre el manejo de los hijos y de la relaciones familiares".

Por lo que se sugiere que el Trabajador Social debe de adoptar como una función más la de evaluar sus servicios en especial la de los grupos de orientación ya que es un espacio de gran importancia para el tratamiento del menor.

* Información retomada de las crónicas grupales.

* Información retomada de las crónicas grupales.

BLIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, Alejandro. APRENDER JUGANDO. 2ª Edición. Limosa, Grupo Noriega. Editorial, México, D.F. 1993.
2. Alistir, Muro et. al. PSIQUIATRÍA PARA TRABAJADORES SOCIALES. México D.T. CESA. 1987.
3. Akerman, Nathan. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Ediciones Home, Ed. Paidos. Buenos Aries Argentina. 1977.
4. Anaya Vázquez, Patricia et. al. EL PERFIL DEL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1994.
5. Ander Egg, Ezequiel. DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL. 2ª Reimpresión. Ed. El Ateneo México 1988.
6. Ander Egg, Ezequiel. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRABAJO SOCIAL. Ed. Humanistas Buenos Aires Argentina. 1984.

7. Ander. Egg, Ezequiel. METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL. Ed. El Ateneo México D.F. 1994.
8. Antonio Cequera, Claudia et al. EL TRABAJO SOCIAL Y LA ORIENTACIÓN GRUPAL A PADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL EN EL PERIODO 89-90. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992.
9. Apuntes MODULO DE TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS. Apuntes del curso de Trabajo Social Psiquiátrico. I.M.P., y Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, México D.F. 1995.
10. Aquino Santiago, Ludovico, et .al. PROPUESTA DE UN MODELO DESISTEMATIZACIÓN PARA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Tesis ENTS UNAM México D.F. 1992.
11. Arteaga Basurto Carlos. SUPERVISIÓN, MANUAL BÁSICO PARA TRABAJADORES SOCIALES DE ÁREAS INSTITUCIONALES. Ed. ENTS-UNAM. México D.F. 1995.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. de DSM. IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Ed. Mason S.A. 1995.

13. Aviles Francisco LA FAMILIA EN MÉXICO. Antología UAM. Xochimilco México D.F. 1999.
14. Autores Varios. EL NIÑO AL INICIO DE SU ETAPA ESCOLAR. México 1995. Memorias de la AMPI.
15. Baena, Guillermina LA COMUNICACIÓN EN EL TRABAJO COMUNITARIO. Ed. Pax-Mex. México 1989.
16. Beal M., George et. al CONDUCCIÓN Y ACCIÓN DE GRUPOS. E.d. Kapelusz. Buenos Aires Argentina 1985.
17. Briones, Guillermo. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES. Ed. Trillas. México 1991.
18. Carrasco González M^a. De Lourdes. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL P.HAnyM. EN LAS ACCIONES DE FORMENTO, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTEANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL JOSÉ M^a. RODRÍGUEZ DEL ESTADO DE MÉXICO. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1995.
19. Cielo Canales, Cristina, et. al DESINTEGRACIÓN FAMILIAR Y FARMACODEPENDENCIA. Investigación acerca del grupo de Drogadictos Anónimos un enfoque del Trabajo Social. México 1992.

20. Cirigliano Villaverde, et. al. DINÁMICA DE GRUPOS Y EDUCACIÓN. Ed. Lumen-Humanistas. Buenos Aires Argentina. 1997.
21. Cohen, Ernesto et. al EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES. Ed. Siglo Veintiuno. México 1992.
22. Contreras de Wilhelm, Yolanda. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS. Ed. Pax-México. D.F. 1980.
23. De Robertis, Cristina et. al LA INTERVENCIÓN COLECTIVA EN TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS Y COMUNIDAD. Ed. El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 1994.
24. De Robertis, Cristina. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL. Ed. El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1988.
25. Di Carlo, Enrique. PERSPECTIVAS DE LA CONDUCCIÓN DE GRUPOS. UN ENFOQUE AL SERVICIO SOCIAL. Ed. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1977.
26. Dulanto Gutiérrez, Enrique. LA FAMILIA MEDIO PROPICIADOR O INHIBIDOR DEL DESARROLLO HUMANO. "DINÁMICA FAMILIAR". Dr. Leopoldo Chagoya. Breviarios de Pediatría del Hospital Infantil de México. México 1980.

27. Enríquez Barragán, Elvia Olga. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN. Impresos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México D.F. 1996.
28. Equipo de Capacitación del CELAST. LA PRÁCTICA DEL TRABAJADOR SOCIAL GUÍA DE ANÁLISIS. E.d. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1993
29. Espinoza Vergara, Mario EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES. Ed. Humanitas Buenos Aires Argentina 1986.
30. Estrada Inda, Lauro. EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. E.d. Paz-Mex. México 1995.
31. Estrella Quinto, Catalina, et. al. LA ESCULEA PARA PADRES EN LA MODERNIZACIÓN EDUCATIVA. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1993.
32. Fernández - Ballesteros, et. al. EVALUACIÓN DE APROGRAMAS UNA GUÍA PRÁCTICA EN ÁMBITOS SOCIALES, EDUCATIVOS Y DE SALUD. E.d. Síntesis Psicológica. Madrid España. 1995.
33. Folleto. ESCULEA PARA PADRES. Del Voluntariado Nacional (Patronato Nacional de Promotores Voluntarios). México 1993.

34. Folleto. ESCUELA PARA PADRES. DIF. Estatal del Estado de Guanajuato. Guanajuato México. 1997.
35. Galeana, de la O Silvia PROMOSIÓN SOCIAL UNA OPCIÓN METODOLÓGICA. Ed. ENTS-UNAM México D.F., 1999.
36. Galicia Cabello Irma. ESTUDIO PRELIMINAR DE DINÁMICA FAMILIAR EN NIÑOS CON AUTISMO. Impresos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México D.F. 1994.
37. García Rivas, M^a. del Socorro. ORIENTACIÓN PARA DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DEL NIÑO. Secretaría de Salubridad, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México 1994. (folleto).
38. Gibb R., Jak. MANUAL DE DINÁMICAS GRUPALES. Ed. Lumen-Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1996.
39. Granados Crispín, et. al EL DESARROLLO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD MENTAL INFANTIL. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992.
40. Hahusen, James C. et. al . ASESORAMIENTOS DE GRUPOS. Ed. El Manual Moderno. México. 1994.

41. H. Weiss, Carol INVESTIGACIÓN EVALUATIVA. Ed. Trillas México D.F. 1991
43. Hernández Colín, Agustín. APUNTES DE LA ASIGNATURA DE TRABAJO SOCIAL. ADMINISTRACIÓN. E.d. ENTS-UNAM. México 1983.
44. Hernández Michel, Susana, et. al. LECCIONES SOBRE LA METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS SOCIALES. Ed. UNAM. México D.F. 1995.
45. Kisnerman, Natalio. SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS. Ed. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1986.
46. Masserman, Jules H. CHIDOOD AND ADOLESCENCE PH Y HOUZEL. ET. PSICHIANTRE DE I' ENFANT DE II ADOELSCENTE. Moleine, Paris Francia. 1975.
47. Mayagoitia de T., Odalmira. LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO. Revista Psicología N°. 4, México 1990
48. Meave Partida, Etna M^a. del Carmen. LA METODOLOGÍA DE LA SUPERVISIÓN Y ASESORÍA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL. Ed. ENTS-UNAM. México D.F.1992.

49. Mendoza Rangel, M^a. del Carmen. UNA OPCIÓN METODOLÓGICA PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES. Ed. Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1986.
50. Minuchin, Salvador. FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR. 5^a. Reimpresión. Buenos Aires Argentina 1990.
52. Minuchin. Salvador y Fisham H. TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR. Ed. Paidós, 5^a. Edición. México 1990.
53. Nedelsticher, Mitrani Abraham. TÉCNICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CUESTIONARIOS DE ACTITUDES Y DE OPCIÓN MÚLTIPLE. Ed. Instituto Nacional de Ciencias Penales México 1983.
54. Peralta, Espinoza M^a. Teresa. NECESIDAD DEL TRABAJO GRUPAL CON PADRES DE FAMILIA EN LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN N^o. 5 DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1992.
55. Pérez Silva, Rafael. EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS Y LA INCORPORACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS EN SU INTERVENCIÓN. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1990.
56. Ramos Martínez, M^a. Elena. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ESTANCIA PARA EL BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL N^o. 25 DEL ISSSTE. Tesis ENTS. UNAM. México D.F. 1999.

57. Raimon N., Hacthn, et al. ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN DIRECCIÓN DE GRUPOS. S. A. Ed. Limosa. 1987.
58. Ríos González, José Antonio. CRISIS FAMILIARES: CAUSAS Y REPERCUSIONES SOCIALES. Ed. Narcea, S.A. Madrid España 1993.
60. Sánchez Rosado, Manuel MANUAL DE TRABAJO SOCIAL. Ed. ENTS-UNAM. México D.F. 1997. (compendio).
61. Santillán Najera, M^a. Eugenia. LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL). Informe de Servicio Social. ENTS. UNAM. México D.F. 1996.
62. Santos Fonte, Guadalupe. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PARA NIÑOS PREESCOLARES CON INMADUREZ EN EL DESARROLLO. Tesis Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Pedagogía. UNAM. México D.F. 1982.
63. Terán Trillo, Margarita. PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD. Revista de Trabajo Social N^o. 37, México 1989.
64. Tschome, Patricia. LA DINÁMICA DE GRUPO APLICADA AL TRABAJO SOCIAL. Ediciones Obilisco, S.A. Barcelona España 1990.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
DR. JUAN N NAVARRO**

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____		
EDAD: _____	SEXO: _____	Nº. DE REGISTRO: _____

El presente cuestionario tiene como finalidad investigar la intervención de la familia en el tratamiento del menor.

INSTRUCCIONES:

Marque con una X la opción que usted elija.

1 ¿Su hijo ha reprobado algún año escolar?

Sí () NO ()

- Si contesta si señale cual:

- | | |
|-------|------------|
| A) 1º | () |
| B) 2º | () |
| C) 3º | () |
| D) 4º | () |
| E) 5º | () |
| F) 6º | () |

2 ¿Qué reacción tuvieron usted y su esposo (a) cuando se enteraron que su hijo reprobó año?

- | | |
|----------------------|------------|
| A) Enojo | () |
| B) Tristeza | () |
| C) Indiferencia | () |
| D) Otros especifique | _____ |

3 ¿Qué actitud tuvieron usted y el papá (mamá) del niño cuando se enteraron que reprobó año?

- A) Lo insulto ()
- B) Lo golpeo ()
- C) Ambas cosas ()
- D) Le explicó el significado de reprobado un año escolar ()
- E) Otros especifique _____

4 ¿Cuántas horas al día dedica el niño para realizar sus tareas escolares?

- A) 1 hora ()
- B) 1 1/2 ()
- C) 2 hrs. ()
- D) 2 1/2 hrs. ()
- E) más de dos horas ()
- F) No hace tareas ()

5 ¿Le revisa usted las tareas escolares a su hijo?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

6 ¿Su esposo (a) revisa las tareas de su hijo?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

7 ¿Cuándo su hijo termina de realizar las tareas escolares lo premia?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

8 ¿Su esposo (a) interviene en las tareas escolares de su hijo?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

9 ¿Cuándo su hijo no puede hacer sus tareas escolares?

- A) Se molesta ()
- B) Se pone a llorar ()
- C) Pide apoyo a sus hermanos ()
- D) Se acerca a usted o a su papá para solicitar ayuda ()
- E) Otros especifique _____

10 ¿Su hijo pide ayuda a otras personas como tíos, primos, o vecinos para realizar su tarea?

SI() NO()

11 ¿Cuándo su hijo no quiere hacer sus tareas escolares usted?

- A) Trata de explicarle ()
- B) Lo apoya para que el niño haga su tarea ()
- C) No lo obliga ()
- D) Le hace la tarea ()

12 ¿Acostumbra imponerle castigos al niño por no hacer la tarea?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

13 ¿Quién establece los castigos al niño cuando no hace la tarea?

- A) Mamá ()
- B) Papá ()
- C) Ambos ()
- D) Abuelos ()
- E) hermanos ()

14 ¿Qué tipo de castigos le imponen a su hijo?

- A) No darle dinero ()
- B) Insultarlo ()
- C) Golpearlo ()
- D) Ambas cosas ()
- E) No ver televisión ()
- F) No jugar ()
- G) No salir de paseo ()

15 ¿Usted y su esposo (a) se ponen de acuerdo para castigar al menor?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

16 ¿Se cumplen los castigos impuestos?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

17 ¿Cuánto tiempo dedica usted al niño para jugar al día?

- A) 1 a 2 hrs. ()
- B) 2 a 2 hrs. ()
- C) Más de 3 hrs. ()

18 ¿Juega usted con sus hijos?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

19 ¿Su esposo (a) juega con sus hijos?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

20 ¿Cuántas horas al día el niño ve televisión?

- A) de 1 a 2 hrs. ()
- B) de 2 a 3 hrs ()
- C) más de 3 hrs. ()

21 ¿Quién establece las reglas en casa?

- A) Papá ()
- B) Mamá ()
- C) Ambos ()
- D) Los hijos ()
- E) Abuelos ()

22 ¿Se cumplen las reglas establecidas?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

23 ¿Se dan tiempo los padres para escuchar las experiencias cotidianas de su hijo?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

24 ¿Su hijo platica con usted y su esposo acerca de sus actividades escolares?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

25 ¿Discuten los padres con frecuencia?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

26 ¿Cuándo sus hijos están presentes ustedes discuten?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

27 ¿Las causas de sus discusiones son?

- A) Problemas económicos ()
- B) Por su relación con su pareja ()
- C) Por el problema que padece su hijo ()
- D) Otros especifique _____

28 ¿Respeta usted y su esposo la forma de pensar de su hijo?

SI() NO()

29 ¿Amenaza a su hijo cuando se porta mal?

- A) Siempre ()
- B) Algunas veces ()
- C) Nunca ()

30 ¿Qué hace su hijo en las vacaciones?

- A) Juega ()
- B) Estudia ()
- C) Sale de paseo ()
- D) Ve televisión ()
- E) Todos ()
- F)Otros especifique _____

31 ¿Acostumbran ir al cine?

- A) Si ()
- B) No ()
- C) Algunas veces ()

32 ¿Su familia acostumbra salir de paseo?

- A) Si ()
- B) No ()
- C) Algunas veces ()

33 ¿Acostumbra la familia realizar visitas a museos?

A) Si ()

B) No ()

C) Algunas veces ()

34 ¿Alienta al niño para que tenga un buen rendimiento escolar?

A) Siempre ()

B) Algunas veces ()

C) Nunca ()

Gracias por su colaboración.

**UNIVERSIDAD AUNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL PISQUIATRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO.**

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer si el grupo de orientación a contribuido en el tratamiento del menor.

INSTRUCCIONES

Marque con una X la opción que usted elija.

1. ¿ El grupo le ayudó a conocer más sobre el padecimiento de su hijo?

- a) si ()
b) No ()

2. ¿El grupo le ayudo a comprender y a entender a su hijo?

- a) Si ()
b) No ()

3 ¿Considera usted que es importante que su pareja asista al grupo de orientación?

- a) Si ()
b) No ()

4 ¿El asistir al grupo de orientación pudo identificar algunos conflictos con su pareja?

- a) Si ()
b) No ()

5 ¿Considera que al asistir al grupo le fue de alguna utilidad?

- a) de mucho ()
- b) de nada ()
- c) me es indiferente la asistencia al grupo ()

6 ¿Cree usted que al asistir al grupo hubo más acercamiento con su hijo?

- a) Si ()
- b) No ()

7 ¿Se sintió obligado asistir al grupo de orientación?

- a) Si ()
- b) No ()

8 ¿Considera usted que el asistir al grupo de orientación contribuye al tratamiento de su hijo (a)?

- a) de mucho ()
- b) de poco ()
- c) de nada ()
- d) le es indiferente ()

9 ¿El asistir al grupo de orientación se aclararon sus dudas?

- a) Si ()
- b) No ()

10 ¿Considera que la exposición de los coordinadores fue?

- a) buena ()
- b) regular ()
- c) mala ()

11 ¿El material de apoyo utilizado por los coordinadores fue?

- a) bueno ()
- b) regular ()
- c) malo ()

12 ¿El tiempo en que se impartieron las sesiones le resultó?

- a) corto ()
- b) suficiente ()
- c) largo ()

13 ¿Los contenidos de las sesiones le parecieron?

- a) suficientes ()
- b) insuficientes ()
- c) regulares ()

14 ¿De acuerdo a sus expectativas las sesiones grupales fueron?

- a) menos de lo que esperaba ()
- b) más de lo que esperaba ()
- c) lo que esperaba ()

15 ¿El manejo grupal que tuvieron los coordinadores fue?

- a) bueno ()
- b) regular ()
- c) mala ()

16 ¿Qué opinión tiene sobre los grupos de orientación?

GRACIAS POR SU COLABORACION

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA

CRÓNICA GRUPAL

**FECHA:
HORA DE INICIO:
TERMINO DE SESIÓN:
ASISTENTES:
COORDINADOR:
OBSERVADOR:
LUGAR:
TEMA:**

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

DESARROLLO:

PLAN DE ACCIÓN

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"

SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA

GRUPO DE ORIENTACIÓN A PADRES

HORARIO: _____

FECHA: _____

LISTA DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DEL PACIENTE	REGISTRO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

TRABAJO SOCIAL